

Evaluation du système de distribution de routine des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d’action (MILD) en République Démocratique du Congo basée sur une étude de cas dans les provinces du Bas-Congo et de Katanga, et options pour la distribution continue

Juin 2014

Rapport Final

Avec la contribution de







Et le financement de



Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes et organisations qui ont participé à cette évaluation. Nous tenons à remercier tout particulièrement le Programme National de Lutte contre le Paludisme, les équipes cadre de provinces ainsi que les équipes cadre des zones de santé visitées. Merci aussi au personnel de santé et aux relais communautaires qui ont collaboré à ce travail. Enfin, ce travail a été possible grâce à la collaboration de PMI/USAID.

Avis de non-responsabilité

Cette évaluation a été rendue possible grâce à la généreuse contribution du peuple américain par le biais de l'accord de coopération conclu entre l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et l'Université Johns Hopkins (JHU), numéro GHS-A-00-09-000014-00. Le contenu de ce rapport est la responsabilité des auteurs nommés ci-dessous et ne reflètent pas nécessairement les points de vues de l'USAID ou du Gouvernement Américain. Les auteurs sont :

- Céline Zegers de Beyl, Spécialiste en distribution continue de MILD, consultant international, Malaria Consortium
- Alain Daudrumez, Spécialiste en logistique, consultant international, Tropical Health LLP
- Dr Jean Angbalu, Expert en lutte contre le paludisme, consultant national, Tropical Health LLP

Table des matières

Liste des abréviations

AS	Aire de Santé
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CPN	Consultation Pré Natale
CPS	Consultation Pré Scolaire
CS	Centre de Santé
DPS	Division Provinciale de la Santé
DS	District Sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
ISP	Inspection Provinciale de la Santé
IT	Infirmier Titulaire
JSI	John Snow Inc.
KOICA	Agence Coréenne de Coopération Internationale
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
MILD	Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	United States President Malaria Initiative
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSI	Population Services International
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
RS	Récipient Secondaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
ZS	Zone de Santé

RESUME

Contexte

La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) est reconnue comme une intervention essentielle de lutte anti vectorielle pour réduire la transmission du paludisme. Pour atteindre la couverture universelle en République Démocratique du Congo (RDC), le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a opté pour une stratégie basée sur des campagnes de masses successives et la distribution en routine ? de MILD à travers les services de santé tels que les Consultations Pré Scolaires (CPS) et les Consultations Pré Natales (CPN). Cette évaluation commanditée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International /Initiative du Président Américain de Lutte contre le Paludisme (USAID/PMI) par le biais du projet *NetWorks* avait pour but d'évaluer la stratégie actuelle de distribution de MILD pour atteindre la couverture universelle. Ce rapport ambitionne de répondre aux questions suivantes : 1/ Le système de distribution de MILD tel qu'il est conçu actuellement (campagnes de masse successives, distribution de routine par les CPN et CPS) permet-il d'atteindre et de maintenir une couverture universelle ? 2/ Les filières d'acheminement de MILD via les CPN et CPS sont-elles efficaces et doivent-elles être maintenues? Si oui, comment les améliorer? 3/ Quelle(s) filière(s) d'acheminement alternative(s) permettrai(en)t de complémenter le système actuel afin d'atteindre la couverture universelle ? En considération des grandes diversités contextuelles de chaque province en RDC, les résultats présentés ne concernent que les provinces choisies pour une étude de cas dans le cadre de cette évaluation, c'est-à-dire le Bas-Congo et le Katanga. Ces deux provinces ont été sélectionnées de manière non probabiliste et basée sur des critères d'accès et recommandations des parties prenantes.

Méthode

Cette évaluation est de type rétrospective et transversale, incluant les niveaux suivants : national, provincial, district, zone de santé (ZS) et communautaire. Les informations ont été récoltées via une revue de la littérature disponible et de méthodes principalement qualitatives, telles que des entretiens semi-structurés avec les parties prenantes et des sessions de feed-back avec les personnes impliquées au niveau de la mise en œuvre. Ces informations ont été complémentées par les données quantitatives accessibles afin de fournir un aperçu d'ensemble de la distribution de MILD en RDC. Les données ont été recueillies durant une période de quatre semaines au niveau national et sur base d'un échantillon de provinces, districts, ZS et communautés visités. Enfin, l'outil de modélisation « NetCALC » a été utilisé pour la projection de taux de couverture atteints pour étudier différents scénarios de systèmes de distribution actuels et potentiels. La mission de l'équipe en RDC a eu lieu du 28 avril and 22 mai 2014 en RDC. La province du Bas-Congo a été utilisée pour développer des estimations d'efficacité du système de distribution et de couverture des ménages en MILD, à cause de la disponibilité des données dans cette province .

Cette évaluation considère dans la plupart de ses analyses, une longévité des MILD de 3 ans et de 1.5 ans au vu d'évidences anecdotiques qui suggèrent que les MILD en RDC n'ont pas une durée de vie aussi longue qu'actuellement préconisé par les spécifications de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est important de noter qu'il n'y a à ce jour aucune évidence scientifique qui prouve cette hypothèse.

Résultats

La stratégie actuelle de distribution de MILD en RDC qui combine des campagnes successives avec un système de distribution de routine à travers les services de santé CPN et CPS peut atteindre et maintenir la couverture universelle mais selon un rapport cout-efficacité extrêmement désavantageux comparé à une approche qui utiliserait un système uniquement de distribution continue, où c'est faisable. Cette évaluation a en effet démontré que la stratégie actuelle, si mise en œuvre uniformément au Bas-Congo en RDC, entraînerait un excès de MILD qui peut être estimé avec prudence à 40-50% pour une durée de vie de MILD de 3 ans et 15-20% pour une durée de vie de MILD de 1,5 ans.

Des estimations de l'efficacité du système de distribution continue via les CPN et CPS ont été faites et démontrent une grande variation entre les années avec les chiffres pour 2012 particulièrement bas, atteignant seulement 20-22% de la population éligible servie dans les 20 ZS sur les 31 ZS où la distribution de routine était mise en œuvre. Les résultats étaient meilleurs pour 2013 avec une efficacité de programme de 72% pour la CPN1 et 85% pour la CPS. L'évaluation a noté des écarts de couverture des activités de distribution continue via les CPN et les CPS entrainant des inégalités au sein d'une même province.

Selon les informations récoltées et les observations qui ont pu être faites au cours de la mission, il semble que les circuits logistiques d'approvisionnement de MILD pour les distributions via les services de CPN et CPS fonctionnent de façon satisfaisante à partir du niveau intermédiaire vers la périphérie, à condition bien sûr que le niveau intermédiaire soit approvisionné de façon régulière. Un certain nombre de problèmes semblerait se situer en amont, c'est-à-dire au niveau des délais dans le processus d'achat et de livraison aux points d'entrée, dédouanement, puis transport jusqu'au niveau intermédiaire. Ces délais et difficultés de transport seraient responsables des livraisons irrégulières au niveau intermédiaire, ainsi que des ruptures de stock apparentes du coté de PMI.

Au vu du fait qu'un système relativement efficace est actuellement mis en œuvre et que les distributions de MILD via les CPN et CPS, peuvent cumulativement couvrir de 20% (pour une durée de vie de MILD de 1,5 an) à 30% (pour un durée de vie de MILD de 3 ans) des besoins de la population en MILD, la distribution continue via ces créneaux doit être maintenue mais renforcée et étendue aux ZS actuellement non appuyés.

Les résultats de cette évaluation invitent le PNLP et partenaires à reconsidérer la stratégie nationale de distribution de MILD en faveur d'un robuste système de distribution continue comprenant plusieurs filières d'acheminement et l'abandon progressif des campagnes successives afin d'optimiser les ressources disponibles tout en garantissant une couverture d'intervention anti vectorielle susceptible d'avoir un impact sur la transmission du paludisme en RDC. Les filières d'acheminement complémentaires aux distributions via le CPN et CPS qui présentent du potentiel en RDC sont les écoles primaires et la distribution à base communautaire. Une estimation dans le cadre de l'étude de cas du Bas Congo faite sur base d'une durée de vie des MILD de 3 ans démontre qu'en plus du système actuel de distribution via CPN et CPS, un système de distribution via les écoles primaires dans quatre classes chaque année pourrait soutenir une couverture d'accès aux LLIN de 63% laissant 17% devant être couverts via un système de distribution communautaire et/ou le secteur commercial. Alternativement, au vu des défis opérationnels que présenterait la gestion de deux systèmes de distribution additionnels, le nombre de classes couvertes pourrait être augmenté à six pour soutenir un taux d'accès de la population de 80%.

Les projections dans ce rapport suggèrent toutefois que si la durée de vie moyenne des MILD est effectivement seulement 1,5 ans dans plusieurs Provinces en RDC, toute considération de stratégie de distribution continue pour remplacer les campagnes successives serait futile et une stratégie renforçant les campagnes successives avec ou sans distribution de routine serait la seule alternative.

Ce rapport comprend un ensemble de recommandations concrètes axées sur les éléments suivants : 1/ Renforcer et étendre le système de distribution de MILD à travers les CPN et CPS, 2/ Renforcer le plan national de Suivi et évaluation pour la distribution de MILD, 3/ Tester un modèle de distribution continue de MILD à travers des filières d'acheminement alternatives et 4/ Renforcer la Communication pour le Changement du Comportement.

INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Introduction

Le rapport de l'évaluation du système de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILD) en République Démocratique du Congo (DRC) commence par une introduction et mise en contexte qui donnent un aperçu de l'organisation administrative et sanitaire de la RDC ainsi de la stratégie nationale et résultats obtenus à ce jour en terme de distribution de MILD. Les objectifs et la méthodologie de l'évaluation, incluant les limitations de celle-ci, sont alors détaillés. La section suivante du rapport présente les observations faites par l'équipe de l'évaluation vis-à-vis la stratégie nationale, la coordination, la planification et l'estimation des besoins, la logistique, la distribution aux bénéficiaires, la documentation et le suivi et l'évaluation des distributions continues de MILD. Une estimation du taux de couverture de ménage de MILD est alors faite, prenant le Bas-Congo pour développer une étude de cas à titre illustratif. Des filières alternatives potentielles pour la distribution continue de MILD en RDC sont par après discutées. Le rapport se poursuit avec une section présentant les conclusions de l'évaluation qui résument les opportunités, les menaces, les forces, les faiblesses et les leçons apprises ; ces conclusions finissent par une synthèse des réponses aux questions d'évaluation définies en débit de rapport. Enfin, ce dernier se termine par des recommandations pour optimiser la distribution de MILD en RDC dans le futur.

Aperçu de la République Démocratique du Congo administrative

La RDC est située au cœur de l'Afrique et couvre une superficie de 2.345.000 km^2, ce qui en fait le deuxième pays le plus grand sur le continent après l'Algérie. Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins. La RDC est située à cheval sur l'Equateur avec un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical au Sud et au Nord. La RDC est divisée en 11 Provinces. La Figure 1 ci-dessous présente la carte administrative de la RDC.

Figure 1: *Carte administrative de la RDC*



L'estimation de la population congolaise est un défi bien connu des partenaires. Il existe de nombreuses sources de données, fournissant des chiffres de population très différents. Par exemple, le bureau d'US

census estimait la population congolaise à 75,5 millions en 2013. Or, les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) estimaient pour la même année le nombre d'habitants à 86,5 millions.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) utilise les estimations du PEV, communément appelées « données harmonisées ». Dans cette étude, toute analyse quantitative requérant des données démographiques est également basée sur ces données de population harmonisées qui sont présentées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: *Répartition de la population de la RDC par province, 2013-2015*

Province	Nombre des zones de santé	Population totale 2013	Population totale 2014	Population totale 2015
Bandundu	52	8.350.279	8.600.787	8.858.811
Bas-Congo	31	3.484.290	3.588.819	3.696.483
Equateur	69	10.187.533	10.493.159	10.807.954
Kasaï Occidental	44	8.252.695	8.500.276	8.755.284
Kasaï Oriental	51	9.519.069	9.804.641	10.098.781
Katanga	68	12.529.886	12.905.783	13.292.957
Kinshasa	35	8.103.633	8.346.742	8.597.144
Maniema	18	2.248.000	2.315.440	2.384.903
Nord Kivu	31	7.274.266	7.492.494	7.717.268
Province Orientale	83	10.446.772	10.760.175	11.082.980
Sud Kivu	34	6.056.878	6.238.584	6.425.742
Total	**516**	**86.453.301**	**89.046.900**	**91.718.307**

Source : PEV

Le taux de croissance de la population est estimé à 3,0%[1]. La population des femmes enceintes et celle des enfants de moins de 12 mois, ciblées en partie pour la distribution des MILD, sont estimées respectivement à 4% et 3,49%[2] de la population générale.

Organisation sanitaire du pays

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) est structuré en trois niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 13 Directions, 52 Programmes Spécialisés (dont le PNLP), centres et hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation et de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre des stratégies de santé en Provinces.

Le niveau intermédiaire compte actuellement 11 Inspections Provinciales de la Santé (IPS) et 63 Districts Sanitaires (DS) et les Hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, des stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé (ZS). Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir, à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. Avec la

[1]Source: Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)
[2]Source: Institut National des Statistiques (INS)

décentralisation en cours, le pays comptera 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et 11 IPS dans les années qui suivent conformément à la Constitution de la République.

Le niveau périphérique ou opérationnel comprend théoriquement 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 Aires de Santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé (CS). Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du CS est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé. C'est à ce niveau que la mise en œuvre des soins de santé primaires et donc la distribution des MILD sont réalisées.

Stratégie nationale de contrôle du paludisme

Le paludisme est un problème de santé publique majeur en RDC avec 19%[3] du taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Au fil du temps, la RDC a développé plusieurs stratégies nationales pour lutter contre le paludisme; celle en vigueur actuellement couvre la période 2009-2013[4]. L'objectif général fixé de ce dernier plan stratégique est de réduire la mortalité et la morbidité palustre de 50% de 2009 à 2013. Le résultat attendu spécifique aux MILD est d'atteindre 80% de la population utilisant une moustiquaire. Pour ce faire, trois filières de distribution de MILD sont préconisées dans le plan stratégique, à savoir la distribution par campagnes de masse successives, lors des consultations pré natales (CPN) et lors des consultations pré scolaire (CPS) pour les enfants de moins de 12 mois. Le Tableau 2 ci-dessous résume les caractéristiques clefs de chacune de ces filières de distribution.

Tableau 2: *Caractéristiques clefs des filières actuelles de distribution de MILD en RDC*

Caractéristique	Campagnes (tous les 3 ans)	Routine - CPN	Routine - CPS
Population cible	Couverture universelle (100% de la population)	Femmes enceintes (4% de la population)	Enfants de moins de 12 mois (3,49% de la population)
Algorithme de distribution[5]	1 MILD par ménage de 1 à 2 pers. 2 MILD par ménage de 3 à 4 pers. 3 MILD par ménage de 5 et 5+ pers.	1 MILD lors de la première CPN	1 MILD lors de l'achèvement du calendrier vaccinal
Taux d'utilisation des services de routine	N/A	90%	85%
Formule utilisée pour l'estimation des besoins en MILD	Population / 1.8	Population * 0,04 * 0,90	Population * 0,0349 * 0,85

Source : PNLP

De plus, le plan stratégique prévoit d'adopter une approche de marketing social pour tous les intrants palustres mais sans détail spécifique à la distribution de MILD. En pratique, peu d'information est disponible sur la vente au détail de MILD en RDC mais il semblerait que celle-ci soit peu développée et quand elle existe, les prix de vente reportés sont un déterrant à l'achat (5000 CDF (Franc Congolais) ou 5,27 USD (Dollars Américain) à Kinshasa et 2500 CDF or 2,59 USD à Lubumbashi (Katanga)).

Au moment de cette évaluation, il n'y a pas d'évidence scientifique relative à la durée de vie moyenne des MILD dans les ménages en RDC. La stratégie pour l'atteinte de la couverture universelle a été élaborée en

[3] PMI Plan Opérationnel RDC AF 2015/ PMI DRC MOP FY15, ~~Democratic Republic of the Congo~~
[4] Plan Stratégique PNLP RDC 2009 - 2013
[5] L'algorithme de distribution pour les campagnes est basé sur les informations recueillies sur la campagne au Bas-Congo

utilisant les estimations de durée de vie des MILD de l'Organisation Mondial de la Santé (OMS) qui est de trois ans, provenant de données recueillies dans d'autres pays d'Afrique Sub-Saharienne.

Résultats obtenus à ce jour en termes de distribution de MILD

D'après les données recueillies auprès du PNLP, présentées dans le Tableau 3 ci-dessous, un total de 33,66 millions de MILD, ont été distribuées en RDC via les trois filières de distribution entre 2011 et 2013.

Tableau 3: *Nombre de MILD distribuées en RDC par filière de distribution de 2011 à 2013*

Filière de distribution	2011	2012	2013	Total
Campagne	9.478.813	16.293.198	3.705.008	**29.477.019**
Routine - CPN	751.090	463.298	1.045.939	**2.260.327**
Routine - CPS	566.507	406.447	945.868	**1.918.822**
Total	**10.796.410**	**17.162.943**	**5.696.815**	**33.656.168**

Source : données recueillies auprès du PNLP

Ce même rapport affirme que 361 ZS mettent en œuvre la distribution de routine des MILD mais seulement dans les formations sanitaires du secteur public. Les cliniques privées, non intégrées dans le système de santé, ne distribuent pas de MILD.

Le Tableau 4 ci-dessous présente les données disponibles en provenance d'études variées (c.-à-d. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples - MICS-, 2001 et 2010 et Enquête Démographique et de Santé -EDS-2007) en ce qui concerne les taux de couverture et d'utilisation des MILD obtenus au niveau national. Ces chiffres présentent un progrès important fait depuis 2001 tout en démontrent qu'il y a encore beaucoup d'effort à fournir avant d'atteindre les objectifs nationaux de 2013.

Tableau 4: *Taux de couverture et d'utilisation des MILD au niveau national en 2001, 2007 et 2010*

Indicateurs	MICS 2001	EDS 2007	MICS 2010
% des ménages possédant au moins une MILD	6%	9%	51%
% d'enfants de moins de 5 ans qui utilisent la MILD	0,7%	6%	38,1%
% des femmes enceintes qui utilisent la MILD	ND	7%	42,6%

Source : rapport annuel PNLP 2012

Financement et programmes actuels de distribution des MILD en RDC

Les sources de financement de distribution des MILD via les services de santé de routine sont :

- *Le Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (Fonds Mondial)*
- *L'Initiative Présidentielle Américaine contre le Paludisme (PMI)*
- *La Banque Mondiale via Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)*
- *L'Agence Coréenne de Coopération Internationale (KOICA)*

Le Fonds Mondial

L'organisation non gouvernementale Soins de Santé Primaire en Milieu Rural (SANRU) est un des récipiendaires principaux des financements du Fonds Mondial pour la lutte contre le paludisme; elle assure les approvisionnements des intrants en routine (médicaments, MILD pour la CPN et CPS). La mise en œuvre du projet se fait à travers 16 récipiendaires secondaires (SR) chargés de la gestion de la distribution des MILD à partir du niveau intermédiaire (Provinces), et une vingtaine d'antennes de contrôle qui assurent le suivi, la coordination et la supervision des activités des SR sur le terrain. Le projet couvre les 11 Provinces de la RDC, 219 ZS[6], soit 43% des ZS du pays et 35.000.378 habitants.

Le projet a distribué 1.084.694 MILD en 2012 et 1.982.509 MILD en 2013 ; pour 2014, SANRU planifie de distribuer 2.534.650 MILD.

Le PMI

Le financement du PMI s'est progressivement étendu de 70 ZS dans quatre provinces à 138 ZS dans cinq provinces (Kasaï Occidental, Kasaï Oriental, Sud-Kivu, Katanga et Province Orientale) couvrant près de 22 millions de personnes. Ce financement est administré via deux projets, le Projet de Santé Intégré (PROSANI) qui couvre 4 Provinces et 80 ZS[7] dont 10 sont appuyées par SANRU, soit 16% des ZS du pays et le projet 'PMI Expansion' qui couvre 5 Provinces et 68 ZS[8], soit 13% des ZS du pays. Dès lors, le PMI couvre une totalité de 138 ZS en RDC.

PROSANI est mis en œuvre par un consortium dirigée par Management Sciences for Health (MSH) tandis que le projet PMI Expansion est placé sous la direction de Population Services International (PSI). Sur le plan de le gestion pharmaceutique, les deux projets sont assistés au niveau technique par un projet également financé par l'USAID : 'Systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques' (SIAPS). La mise en œuvre implique la responsabilité de MSH et PSI à travers les structures publiques ou les centrales de distribution régionales des médicaments essentiels (CDR)[9] à partir du niveau intermédiaire, jusqu'en périphérie, au niveau des CS. PROSANI a huit Bureaux de Coordination répartis dans les quatre provinces et PMI Expansion en a six repartis dans les cinq provinces.

En 2011, 314.000 MILD ont été distribuées en routine dans les 70 premières ZS supportées et au cours de 2012, PMI a distribué 114.000 MILD sur les 455.000 prévues dans ces mêmes 70 ZS. Cette réduction en distribution de routine des MILD a été décidée selon la politique du PNLP de suspendre la distribution de routine au préalable et pendant les distributions de MILD de masse, ce qui a rendu les ZS du Sud Kivu et

---

[6] La couverture en ZS du projet mis en œuvre par SANRU avec le financement du Fonds Mondial est de 31/52 au Bandundu, 20/31 au Bas Congo, 28/69 en Equateur, 10/44 au Kasaï Occidental, 14/51 au Kasaï Oriental, 8/68 au Katanga, 26/35 à Kinshasa, 3/18 au Maniema, 18/29 au Nord Kivu, 59/83 en Province Orientale et 2/34 au Sud Kivu. SANRU est en négociations avec le Fonds Mondial pour l'ajout de 13 ZS à son projet (11 dans le Bas Congo et 2 dans le Bandundu) ce qui porterait le total à 232.

[7] La couverture en ZS du projet PROSANI est de : 11/44 au Kasaï Occidental, 24/51 au Kasaï Oriental, 17/68 au Katanga et 28/34 au Sud Kivu.

[8] La couverture en ZS du projet PMI Expansion est de: 14/44 au Kasaï Occidental, 16/51 au Kasaï Oriental, 9/68 au Katanga, 5/34 au Sud Kivu et 24/83 en Province Orientale.

[9] Le PROSANI passe des contrats avec les CDR pour le stockage et transport sur les ZS.

Katanga non éligibles pour la distribution de routine pendant plusieurs mois entre mi-2012 et début 2013. Enfin, ce projet a distribué en routine 38.383 MILD en 2013.

La Banque Mondiale - Project d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la santé (PARSS) - UNICEF

La Banque Mondiale, par l'entremise du projet PARSS, n'est pas impliquée directement dans la distribution de MILD en routine en RDC. Par contre, la Banque Mondiale a mis à la disposition de la RDC environ 11 700 000 MILD pour la routine qui ont été finalement transférées à la distribution de campagne de 2011 et 2012 au Sud et Nord Kivu et Katanga. Cet appui a été fait via un contrat avec l'UNICEF qui était responsable de toute la mise en œuvre, y compris les achats. Ce projet arrive à terme en fin 2014.

KOICA

La coopération sud-coréenne opère dans 5 zones de santé de la province de Bandundu depuis 3 à 4 ans et a distribué moins de 500 000 MILD en routine. Il convient de noter que cette province n'était pas ciblée par cette évaluation.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

Cette section présente les objectifs et les questions adressées par cette évaluation, conformément aux termes de référence. Un aperçu de la méthodologie utilisée est ensuite détaillé, comprenant les Provinces ciblées ainsi que le plan de travail. Enfin, les limitations et défis rencontrés lors du travail de terrain sont présentés, afin de permettre au lecteur d'apprécier par lui-même les éléments ayant potentiellement influencé les conclusions de ce rapport.

Objectifs de l'évaluation

Les objectifs de cette évaluation qui a été commanditée par l'USAID/PMI par le biais du projet NetWorks sont d':

- Evaluer la stratégie nationale actuelle de distribution de MILD à travers plusieurs filières d'acheminement (campagnes de masse, distribution de routine par les CPN et CPS) pour atteindre la couverture universelle
- Evaluer le système de distribution de routine de MILD via les CPN et les CPS en RDC (tous financements confondus) au regard des directives et instructions nationales;
- Identifier les leçons apprises et bonnes pratiques des distributions de routine de MILD dans une sélection de provinces et districts
- Evaluer l'impact potentiel et la faisabilité d'autres filières d'acheminement de MILD pour la distribution continue telles que la distribution dans les écoles, la distribution à base communautaire, la vente au détail afin d'assurer et de maintenir une couverture universelle.

Cette évaluation répond donc aux questions suivantes:

- Le système de distribution de MILD tel qu'il est conçu actuellement (campagnes de masse successives, distribution de routine par les CPN et CPS) permet-il d'atteindre et de maintenir une couverture universelle ?
- Les filières d'acheminement de MILD via les CPN et CPS sont-elles efficaces et doivent-elles être maintenues? Si oui, comment les améliorer ?
- Quelle(s) filière(s) d'acheminement alternative(s) permettrai(en)t de complémenter le système actuel afin d'atteindre la couverture universelle ?

Les termes de référence détaillés de l'évaluation (en anglais) sont inclus en Annexe 1.

Méthodologie

Aperçu général

Cette évaluation du processus de distribution de MILD a été effectuée par une équipe composée de trois consultants engagés par le projet NetWorks dont un consultant national, expert de lutte contre le paludisme ancien membre du PNLP et deux consultants internationaux, comprenant une spécialiste en distribution continue et un spécialiste en logistique.

Cette évaluation est de type rétrospective et transversale, incluant les niveaux suivants : national, provincial, district, ZS et communautaire.

Les informations ont été collectées via une revue de la littérature disponible et de méthodes principalement qualitatives, complémentées par des données quantitatives afin de fournir un aperçu d'ensemble de la distribution de MILD en RDC. Les données ont été collectées durant une période de

quatre semaines au niveau national et sur base d'un échantillon de provinces, districts, ZS et communautés visitées.

Enfin, l'outil de modélisation « NetCALC » a été utilisé pour la projection de taux de couverture atteints pour étudier différents scénarios de systèmes de distribution actuels et potentiels.

Revue d'une sélection de documents disponibles

La phase préparatoire a consisté en la revue de la littérature disponible sur le contexte de la distribution de MILD en RDC, par exemple la Déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme, les normes et directives du PNLP et le draft de rapport annuel 2012 du PNLP. La littérature relative à l'expérience de distribution continue dans d'autres pays d'Afrique a également été consultée afin d'identifier les bonnes pratiques et leçons apprises d'expériences documentées. Une liste complète des documents étudiés est incluse en Annexe 2.

Données qualitatives

Les données qualitatives ont été recueillies lors de visites de terrain lors d'entretiens avec les parties prenantes et personnes impliquées afin de capturer leurs perceptions des points forts et des éléments à améliorer dans la distribution de MILD. Une liste complète des acteurs consultés est présentée en Annexe 3. Les méthodes suivantes ont été utilisées :

- **Entretiens semi-structurés** : une gamme exhaustive de partenaires a été identifiée pour cette évaluation à chaque niveau opérationnel (national, régional, zone de santé, structure sanitaire et communautaire). Les entretiens ont couverts tous les éléments du mécanisme de distribution.
- **Observations directes** : à chaque niveau opérationnel, les entrepôts de MILD ont été visités ainsi que des structures de santé où les registres ont été directement observés.
- **Sessions de feedback** : les personnes impliquées dans la distribution de MILD au niveau des zones de santé (ZS) et communautaire ont été consultées par groupe de trois ou quatre membres.
- **Conversations informelles** : les membres de la communauté et les bénéficiaires de MILD ont été approchés et leurs perspectives intégrées.

Les guides de réunions et d'entretien sont inclus en Annexe 4.

Données quantitatives

Les données quantitatives qui ont été mises à la disposition de l'équipe, ont été également revues afin de complémenter les informations sur la qualité du processus de mise en œuvre de la distribution de routine de MILD. Ces données portent principalement sur le nombre de MILD distribuées, la couverture de services de routine et la couverture en MILD.

NetCALC

NetCALC est un outil de quantification de MILD conçu par le projet NetWorks. C'est un outil de modélisation développé sur fichier Excel, permettant à l'utilisateur de modéliser différents scénarios de distribution continue, en se basant sur des données spécifiques relatives au contexte et aux MILD dans le pays étudié. Cet outil calcule la couverture de moustiquaire en utilisant les données existantes, quantifie le nombre de moustiquaires nécessaires pour atteindre la couverture universelle et calcule la performance de différentes combinaisons de filières de distribution continue afin de maintenir la couverture universelle. Cet outil est flexible et possède un nombre de variables qui permet à l'utilisateur de déterminer la stratégie optimale pour maintenir une couverture de MILD élevée dans un contexte ou pays spécifique.

Sélection des provinces visitées

La méthode de sélection des provinces, districts, ZS et structures de santé était non probabiliste et basée sur des critères d'accès (complément de communautés facilement accessibles et en périphérie), de milieu de résidence (reflet de milieu peri urbain et rural) et recommandations des parties prenantes.

Les TDR ont visés sélectionner 3-4 provinces où opèrent les différentes partenaires techniques, mais les problèmes de temps et d'accessibilité ont permis la sélection de deux provinces seulement. *L'équipe* d'évaluation a ciblé deux provinces, le Bas-Congo et le Katanga. Dans chaque province, au moins deux ZS ont été ciblées sur base de recommandations provenant des entretiens réalisés au niveau opérationnel supérieur, l'objectif étant de recueillir des informations sur les problèmes rencontrés et aussi les bonnes pratiques et leçons apprises pour la distribution de MILD.

Le plan de travail

La mission de l'équipe en RDC a eu lieu du 28 avril and 22 mai 2014 en RDC ; celle-ci a été précédée de quelques jours de préparation et suivie de la période nécessaire à finaliser ce rapport. L'Annexe 5 présente le calendrier des activités qui se sont passées durant le séjour de l'équipe en RDC.

L'équipe a participé à une séance d'information avec le représentant de PMI en début de séjour.

A la fin de chaque jour, l'équipe discutait ensemble et résumait le compte rendu des visites réalisées et les données étaient synthétisées en bonnes pratiques, leçons apprises, points faibles et recommandations, et ce, pour chaque élément du processus de distribution.

A la fin de chaque semaine, un résumé écrit était partagé, et discuté si nécessaire, avec les équipes de PMI et Networks.

Deux réunions de restitution des résultats de l'évaluation ont été organisées, avec l'équipe de PMI et avec le PNLP, respectivement. Les observations et les recommandations partagées par l'équipe d'évaluation durant ces sessions ont été bien reçues.

Limitations de la méthode utilisée et défis rencontrés sur le terrain

- La période de cette évaluation a coïncidé avec plusieurs autres activités importantes pour l'équipe du PNLP et ses partenaires telles qu'un atelier pour l'écriture de la note conceptuelle pour le Fonds Mondial et la visite de l'équipe responsable de l'élaboration du plan opérationnel de PMI pour l'année fiscale 2015. Par conséquent, le travail de recueil de données a été limité par l'absence de réunion d'information avec le PNLP et partenaires. Cela a probablement aussi entraîné moins de dispositions de la part de certaines organisations impliquées pour collaborer et participer aux entretiens souhaités, au niveau national. Certains des principaux acteurs pour l'approvisionnement au niveau central n'ont donc pas pu être rencontrés.

- Cette évaluation ambitionnait de visiter trois provinces (Kinshasa, Bas-Congo et Katanga). La province de Kinshasa n'a pas pu être inclue car l'autorisation du Ministère provincial de la santé n'a pas pu être obtenue. De même, d'autres démarches administratives ont retardé le travail au début de la mission.

- Durant le travail de terrain, très peu de matériel tel que rapport d'enquêtes ou données quantitatives provenant des données administratives des distributions passées ont été partagées avec l'équipe. Ce fait est probablement attribuable au manque de temps de préparation des partenaires rencontrés, lié aux autres activités concomitantes citées ci-dessus. Par conséquent, il est difficile de se prononcer

quant à l'existence de ce type de matériel, la mise à jour de la base de données et la consistance avec les informations de types qualitatives recueillies.

- Les analyses quantitatives et les projections de taux de couverture à l'aide de NetCALC dans ce rapport se concentrent sur la Province du Bas-Congo à titre d'exemple. Il n'a pas été possible d'effectuer les mêmes analyses pour chaque Province ainsi que pour l'ensemble du pays, en raison du défi de l'estimation des chiffres de population cité plus haut et du manque de données de distributions passées de MILD pour chaque Province.

- Le but du recueil de données dans le cadre de cette évaluation était d'apporter les éléments de succès et de faiblesses du système de distribution continue à travers les CPN et CPS. L'échantillonnage n'est donc pas représentatif de chacune des provinces visitées. Il est à noter que la contrainte du temps imparti n'a pas permis l'inclusion de ZS éloignées des grands axes routiers. Il est aussi regrettable que la Province de Kinshasa n'aie pas pu être inclue par manque d'autorisation des autorités provinciales ; cela aurait permis d'identifier les éléments de mise en œuvre pour le milieu urbain.

- Dû à des problèmes pour l'obtention de son visa, le consultant chargé de l'évaluation des aspects logistiques de la distribution en routine de MILD est arrivé avec 11 jours de retard sur le calendrier prévu, manquant donc les deux premières semaines de la mission, y compris la visite au Bas Congo. Sur les 11 jours disponibles pour conduire l'évaluation logistique, cinq jours ont été consacrés à la visite de la province du Katanga et six jours pour organiser et tenir des entrevues au niveau National avec le département logistique du PNLP et avec un nombre important de partenaires ainsi que commencer la rédaction de ce rapport. Etant donné la complexité et les défis logistiques hors du commun que présente la RDC, une analyse approfondie des circuits de distribution des MILD exige un engagement plus long. Assez d'information ont toutefois pu être recueillies au cours de cette mission afin de mettre en relief un certain nombre d'aspects positifs et certaines faiblesses des systèmes logistiques existants ainsi que, sous toute réserve, de formuler certaines recommandations pour le futur.

- Sur les trois principales créneaux de financement en MILD de routine mentionnées dans les termes de référence de l'évaluation (c-à-d la Banque mondiale, le Fonds mondial et PMI) seul le circuit logistique d'approvisionnement du Fonds Mondial (à travers le SANRU) a pu être observé sur le terrain au cours de cette évaluation. De plus, cette observation directe a porté sur un échantillonnage très réduit puisqu'il ne s'est agi que d'une seule ZS (la zone de Kapolowe) au Katanga.

OBSERVATIONS SUR LE SYSTEME DE DISTRIBUTION DE MILD

Cette section présente les observations faites par l'équipe d'évaluation sur le système de distribution de MILD en RDC. Les différents éléments du système commentés ci-dessous se relatent à la stratégie, coordination, la planification et estimation de besoin, la logistique, la distribution, la documentation, et, enfin, le suivi et l'évaluation.

Aperçu des provinces visitées

Bas-Congo	Katanga
Eléments démographiques et administratifs	
• Population estimée à 3.484.289 en 2013 • 31 ZS	• Population estimée à 11.650.093 en 2013 • 68 ZS
Campagnes de masse	
• 2011 • Prochaine campagne planifiée pour 2014	• 2012 (1 ZS couverte en 2014 suite à l'insécurité) • Prochaine campagne planifiée en 2015
Distribution de MILD de routine à travers les CPN et CPS	
• Depuis 2006 (SANRU/Fonds Mondial) ; actuellement dans 20/31 ZS (=64.5%). • Perspectives d'avenir : couvrir les 11 ZS présentement orphelines • Dernière commande de 2.534.652 MILD pour 18 mois	• A ce jour, distribution uniquement dans la ZS de Kapolowe (SANRU/Fond Mondial) • Aucune MILD de PMI n'a été approvisionnée depuis un an et demi[10]

Stratégie

La stratégie initiale prévoyait des campagnes de masse successives tous les cinq ans avec interruption de la distribution de MILD en routine avant et pendant la campagne jusqu'à six mois après celle-ci. Or, l'expérience des dernières années a démontré que la période entre les campagnes était trop longue pour maintenir un taux de couverture de ménage satisfaisant et il a été décidé de couvrir chaque province tous les trois ans par une campagne de masse. D'autre part, l'interruption de la distribution de routine a été jugée néfaste pour l'efficacité du programme et elle sera dorénavant maintenue durant les campagnes prochaines.

Bien que l'approche de combiner des campagnes de masses successives avec une distribution de routine à travers les services de santé soit alignée avec les recommandations actuelles de l'OMS, des questions subsistent concernant le rapport cout-efficacité de cette approche. Une reconsidération stratégique pourrait s'avérer nécessaire lorsque plus de données seront disponibles.

Coordination

Il existe un cadre de collaboration pour la lutte contre le paludisme en RDC qui est structuré tant au niveau national que provincial traduits par exemple par la présence d'une 'Task Force' fonctionnelle au niveau

[10] Il est important de noter qu'au moment de cette évaluation l'information relative à la distribution de MILD en routine au Katanga recueillie au niveau central contredisait l'information reçu sur le terrain au niveau de la Province. Lors de l'écriture de ce rapport, l'équipe n'était pas en mesure de commenter cette information de façon plus détaillée.

central et au niveau des Provinces et par l'implication des autres programmes spécialisés de la RDC tels que le PEV, le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) ou encore le Programme National de Nutrition (PRONANUT) dans les activités du PNLP.

Les partenaires directs du PNLP sont de plus tous engagés à appuyer le programme national de façon coordonnée et à aligner leurs activités en suivant les directives nationales.

Malgré ces signes évidents de coordination, une base de données synthétisant l'ensemble de l'appui des partenaires pour la distribution de MILD ainsi que les quantités de moustiquaires distribuées par Province et ZS, par stratégie (campagne ou distribution de routine) et par source de financement n'a pas pu être obtenue durant cette évaluation. Il n'a pu être établi si une telle base de données est inexistante ou seulement difficilement accessible.

Planification et estimation des besoins

Les méthodes de planification et d'estimation des besoins sont édictées par le niveau central. Celles-ci sont utilisées par les Provinces pour élaborer leur plan d'action annuel ainsi que les micros plans destinés aux activités de distribution des MILD. Pour la quantification des besoins en intrants, le niveau central a conçu un fichier Excel spécifique à cet effet. Chaque Province peut l'utiliser en y introduisant les données de population, les couvertures à atteindre, le taux d'utilisation des services. En pratique, il n'est pas certain que cet outil soit utilisé mais il a été observé que les interlocuteurs du PNLP au niveau national et provincial connaissaient les formules de quantification d'application même si ils ne les appliquent pas toujours correctement (voir ci-dessous).

Pour les campagnes, les quantités de MILD pour la macro planification sont estimée à l'aide des chiffres de population du PNDS selon la formule suivante : Population / 1.8. Ensuite, lorsque les données du dénombrement effectué avant chaque campagne sont disponibles, une étape de réajustement assure que les quantités de MILD envoyées dans les différentes provinces soient adaptées à la demande. Ce réajustement s'effectue à l'aide des chiffres de population du PEV et des résultats de dénombrement. La stratégie nationale prévoit que si la couverture est inférieure à 30% de ménage avec une MILD avant la campagne, les moustiquaires existantes ne doivent pas être prises en compte pour l'estimation de la demande. Or, en pratique, si ce cas de figure devait se produire (ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent), aucune approche n'a été définie pour déterminer les besoins des ménages en considérant les MILD déjà présentes et utilisables.

Le principal défi pour la quantification des besoins réside dans le désaccord entre différents acteurs sur les chiffres de population. Les résultats du dénombrement lors de la dernière campagne ont rapporté des chiffres de population parfois très différents des estimations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et ce fait était principalement marqué au Katanga. D'une manière générale, les chiffres de population du PNDS 2011-2015 sont inférieurs aux chiffres du PEV de plus ou moins 10 à 14%. Dans certaines ZS, l'équipe du bureau central a considéré que les résultats étaient surestimés par les ménages afin de recevoir plus de MILD. Or, les données administratives de la campagne de distribution semblent confirmer que la population réelle est plus proche des résultats de dénombrement que des estimatifs du PNDS.

En ce qui concerne la distribution de MILD en routine, l'estimation des besoins en MILD au niveau des ZS se fait à l'aide de formules mentionnées dans le guide technique et énumérées en introduction de ce rapport. Ces formules se basent sur la population cible et sur l'estimation du taux de fréquentation des services. En général, les interlocuteurs rencontrés maitrisaient la proportion de population pour l'estimation des cibles mais ne tenaient pas compte du taux de fréquentation des services.

Enfin, comme mentionnée dans l'introduction de ce rapport, il n'y a actuellement pas de données spécifiques à la durée de vie des MILD dans les ménages en RDC. Or, cet élément est essentiel pour la quantification de besoins et le maintien de la couverture atteinte par la campagne. La stratégie nationale est actuellement basée sur une estimation de trois ans, provenant de l'OMS et tenant compte des données existantes dans d'autres pays. Après quelques années de distribution the MILD à grande échelle à travers le pays, plusieurs acteurs du PNLP ont évoqué la possibilité que les moustiquaires en RDC s'abiment plus vite et se conservent moins longtemps que trois années. Ces observations ont amené le PNLP à considérer le recueil de données scientifiques à ce sujet et au moment de l'écriture de ce rapport, l'Ecole de Santé Publique a été approchée pour proposer un projet de recherche à ce sujet.

Mise en œuvre : logistique

La logistique en RDC

Parmi tous les pays d'Afrique, la RDC est incontestablement celui qui vient en tête de liste en termes de défis logistiques. Ceci est dû à trois facteurs principaux :

1. l'étendue du pays, couvrant des régions géographiques et des terrains extrêmement variés;
2. l'insuffisance de routes pavées donnant lieu à une infrastructure routière composée essentiellement de pistes souvent difficilement praticables, surtout en saison des pluies;
3. la position "enclavée" du pays dans le continent, avec un seul port maritime, et des frontières avec 9 pays voisins.

Ce dernier facteur pose une problématique particulière quant au choix approprié des points d'entrée au pays pour des intrants volumineux tels que les MILD, qui doivent nécessairement être transportées en RDC soit par voie maritime (sur Matadi) ou par route à travers les pays avoisinants, soit par l'est ou par le sud. Ce sont cependant les très grandes distances à couvrir combinées à l'état déplorable des infrastructures qui posent les plus grands problèmes pour assurer l'acheminement continu des MILD et pour éviter les ruptures de stock aux différents niveaux du circuit d'approvisionnement.

Revue des principales chaines d'approvisionnement en MILD pour la distribution de routine

Fonds Mondial / Programme de Santé en milieu Rural (SANRU)

La structure et le fonctionnement du circuit d'approvisionnement de SANRU peuvent être décrits comme suit :

- Le SANRU est responsable pour
    1. l'achat des MILD, effectué dans les règles par appel d'offres international, et selon la quantification établie de concert avec le PNLP;
    2. le transport - maritime et terrestre - jusqu'en RDC;
    3. le dédouanement;
    4. l'entreposage au niveau des portes d'entrée (entrepôts de transit) ;
    5. le transport et livraison jusqu'aux entrepôts des SR.
- Les SR sont responsables pour l'acquisition d'entrepôts adéquats au niveau des Provinces, la gestion des MILD dans leurs entrepôts, puis le transport et la livraison aux Zones de Santé.
- Les ZS sont responsables pour l'entreposage à leur niveau, puis pour le transport et la livraison aux formations sanitaires (CS). En pratique, cette dernière étape du circuit est assurée par les infirmiers titulaires (IT) qui viennent s'approvisionner mensuellement à la Zone. Les CS sont responsables de la distribution aux bénéficiaires, en CPN et CPS.

- Les MILD achetées par le SANRU arrivent en RDC par quatre portes d'entrée: Matadi/Kinshasa (qui dessert les provinces du Bas Congo, Kinshasa, Bandundu, Equateur, le sud-ouest de la province Orientale ainsi que les deux Kasaï); Kasumbalesa/Lubumbashi (qui dessert le Katanga); Goma (qui dessert les deux Kivu et Maniema) et enfin, Bunya (qui dessert le nord-est de la province Orientale). Le SANRU a des entrepôts de transit suffisamment grands au niveau de la plupart des portes d'entrée, sauf pour Lubumbashi où il est planifié de louer un dépôt à Bolloré.
- Le transport des points d'entrée aux dépôts des SR est fait soit par avion (à partir de Kinshasa sur l'Equateur, le sud-ouest de Orientale, et les deux Kasaï, et à partir de Lubumbashi sur Kalémie) ou par route: (1) à partir de Kinshasa sur le Bas Congo, et le Bandundu, (2) à partir de Bunya sur le nord-est de Orientale, (3) à partir de Goma sur les deux Kivu et Maniéma, et (4) à partir de Lubumbashi sur Kamina.
- Le SANRU Central approvisionne les SR de façon trimestrielle, et ceux-ci approvisionnent à leur tour les ZS selon la même fréquence.
- Le transport des MILD à partir des entrepôts des SR vers les ZS est la responsabilité des SR et est fait en général par route, en petit camion ou en 4x4, et parfois par voie fluviale en pirogues ou embarcations à moteur.

L'équipe d'évaluation a estimé les besoins en MILD pour la distribution en routine CPN et CPS par biais du projet de SANRU pour l'année courante (2014) à 2.8 millions[11]. Les observations suivantes peuvent être faite quant à la capacité dont les différents niveaux du projet SANRU aura besoin pour gérer ce stock :

- 2.8 millions de MILD représente environ 96 containers de 40' (soit un volume de 7,200 m3 pour le transport et l'entreposage).
- Les entrepôts de chacun des SR dans les Provinces, devront avoir (en moyenne) la capacité d'entreposer 27,800 MILD par trimestre (soit 556 ballots, ou l'équivalent de 1 container de 40').
- Les magasins des ZS de leur côté devront entreposer (en moyenne) 3,200 MILD par trimestre (soit 64 ballots, ou l'équivalent de 1/10 de container).
- A raison d'environ 18 CS par Zone de Santé, les magasins des CS ne devront stocker (en moyenne) qu'environ 59 MILD mensuellement (soit un peu plus d'un ballot)[12].

Selon les informations recueillies pendant l'évaluation, la capacité d'entreposage aux entrepôts des SR ainsi qu'aux magasins des ZS et CS est adéquate pour couvrir les besoins énumérés ci-dessus et aucune difficulté majeure n'a été rapportée à ce niveau à ce jour.

PMI / PROSANI et PMI Expansion

La structure et le fonctionnement du circuit d'approvisionnement des projets financés par PMI peuvent être décrits comme suit :

- John Snow Inc. (JSI), par le biais du projet DELIVER financé par l' USAID, est responsable pour
    1. l'achat des MILD, par appel d'offres international, et selon la quantification établie de concert avec le PNLP;

[11] Cette estimation ne reflète en aucun cas la quantification "officielle" pour le projet SANRU. Elle est basée sur une population 2014 tirée d'un document du PNLP intitulé "Pop *PEV 2013 validée au 22 mars 2013 Equipe mixte PEV Partenaires 17 juin 2013"* à laquelle l'on a appliqué un taux de 4% pour les femmes enceintes et 3.5% pour les enfants < 1 an. Ce calcul, malgré ses imprécisions inhérentes, permet toutefois de donner une idée des quantités et des volumes de MILD qui devront être transportés et entreposés aux différents niveaux du circuit d'approvisionnement.

[12] Cependant, dans la pratique (selon les informations recueillies sur le terrain) la consommation moyenne (ie: distribution en CPN et CPS) des CS est d'environ 30 à 40 MILD par mois.

2. le transport - maritime et terrestre - jusqu'en RDC;
3. le dédouanement;
4. l'entreposage au niveau des portes d'entrée[13] ;
5. le transport et la livraison jusqu'aux CDR.

- Les CDR, appuyées par PROSANI et PMI Expansion ainsi queSIAPS, sont responsables pour la gestion des MILD dans leurs entrepôts, puis le transport et la livraison aux ZS.
- A partir de ce niveau, le circuit fonctionne tel que décrit plus haut pour le projet SANRU: Les ZS sont responsables pour l'entreposage à leur niveau, puis pour le transport et la livraison CS. En pratique, cette dernière étape du circuit est assurée par les infirmiers titulaires qui viennent s'approvisionner mensuellement à la ZS[14.] Les CS sont responsables de la distribution aux bénéficiaires, en CPN et CPS.
- Les MILD achetées par DELIVER arrivent en RDC par quatre portes d'entrée: Matadi/Kinshasa (qui dessert les deux Kasaï); Kasumbalesa/Lubumbashi (qui dessert le Katanga, via la Tanzanie et la Zambie); Bukavu (qui dessert le Sud Kivu, via la Tanzanie) et Bunia (qui dessert la province Orientale, via l'Ouganda).
- Le transport des points d'entrée aux CDR est fait soit par route (1) à partir de Matadi sur Kinshasa, (2) à partir de Bukavu sur les 3 CDR du Sud Kivu; ou soit par avion à partir de Kinshasa sur les deux Kasaï; ou par combinaison route ou avion de Lubumbashi sur les 3 CDR du Katanga.
- DELIVER n'a pas à ce jour établi un calendrier de livraison régulier et continu aux CDR. Les deux projets, qui ont démarré respectivement en 2011 et 2012, n'ont reçu à ce jour qu'une seule livraison chacun et ce en quantités relativement faibles (455,000 pour le PROSANI et 140,000 pour PMI Expansion). Ces quantités n'ont pas été suffisantes pour assurer sans interruptions une distribution de routine en CPN et CPS dans les ZS appuyées par les deux projets PMI[15].
- Etant données les faibles quantités de MILD reçues et distribuées jusqu'à ce jour, la capacité d'entreposage aux CDR ainsi qu'aux magasins des ZS et CS s'est avérée pour l'instant adéquate et aucune difficulté n'a été rapportée à ce niveau.
- Le transport des MILD à partir des CDR vers les ZS est la responsabilité des CDR qui passent des contrats avec des transporteurs locaux. Ce transport se fait en général par route, en petit camion ou en 4x4, et parfois par voie fluviale en pirogues ou embarcations à moteur.
- L'entreposage et le transport tout au long du circuit est appuyé financièrement par le PROSANI et le PMI Expansion sur présentation de factures par les CDR, et sur la base de paiements forfaitaires aux ZS.
- Le rôle du SIAPS est crucial en assurant le suivi et la supervision des CDR, des ZS et des CS, la production et remontée des rapports logistiques (activités de stockage et transport, situation des stocks, inventaires physiques, etc.) ainsi que le renforcement des capacités de ces structures.

L'équipe d'évaluation a estimé les besoins en MILD pour la distribution en routine CPN et CPS par biais des projets financés par le PMI pour l'année courante (2014) à 2 millions[16]. Ceci représente environ 69 containers de 40' (soit un volume de 5,200 m3 pour le transport et l'entreposage). Comme mentionné ci-dessus, l'équipe d'évaluation n'anticipe pas de problèmes au niveau de la capacité des projets impliqués de gérer le stockage de ces volumes aux différents niveaux du système de distribution.

---

[13] L'entreposage aux portes d'entrée n'est pas systématique, car normalement la livraison est faite directement aux CDR en DDP (delivery duty paid) par le fournisseur/transporteur international.

[14] Le PROSANI a fourni des vélos aux CS pour faciliter l'acheminement des MILD des ZS aux CS.

[15] A noter que DELIVER a acheté 5,517,500 MILD pour la RDC depuis 2009: 317,500 en 2009, 500,000 en 2010, 2,000,000 en 2011 (pour la campagne de masse au Katanga en 2012), et 2,700,000 en 2013 (dont 140,000 livrées à PMI Expansion début 2014, et 2,560,000 encore à recevoir).

[16] Cette estimation ne reflète en aucun cas la quantification "officielle" pour les projets PMI. Elle est basée sur une population 2014 tirée d'un document du PNLP intitulé "Pop *PEV 2013 validée au 22 mars 2013 Equipe mixte PEV Partenaires 17 juin 2013"* à laquelle l'on a appliqué un taux de 4% pour les femmes enceintes et 3.5% pour les enfants < 1 an. Ce calcul, malgré ses imprécisions inhérentes, permet toutefois de donner une idée des quantités et des volumes de MILD qui devront être transportés et entreposés aux différents niveaux du circuit d'approvisionnement.

Il est à noter que l'équipe d'évaluation a spécifiquement visé les aires de santé où les MILD étaient distribuées afin de recueillir les informations relatives au processus de distribution. Par conséquent, l'investigation des ruptures de stock doit se baser sur les données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Or, ces données n'ont pas été accessibles à l'équipe.

Mise en œuvre : distribution de MILD aux bénéficiaires

Le niveau central a établi des instructions relatives à la distribution des MILD de routine à travers les CPN et CPS. Ces instructions se trouvent dans le Guide Technique mis à disposition du personnel soignant dans les structures sanitaires. Les instructions comprises dans ce guide sont relatives aux bénéficiaires, le moment, la quantité et les occasions de remise des MILD ainsi que les stratégies de rattrapage des occasions manquées.

Pour les CPN, il est prévu qu'une MILD soit distribuée à toute femme enceinte se présentant à la première consultation prénatale, qui se fait généralement à la fin du premier trimestre de grossesse. Cela permet à la femme de se protéger du paludisme le plus tôt possible durant sa grossesse. Ce principe était bien intégré dans la majorité des structures sanitaires visitée. Dans seulement un centre de santé la MILD était utilisée pour motiver la femme enceinte à revenir pour les CPN ultérieures.

Pour les CPS, il est prévu que l'enfant reçoive la MILD lors de l'achèvement de son calendrier vaccinal, généralement à 9 mois, lors du vaccin anti rougeoleux (VAR) et du vaccin anti amarile (VAA).

En pratique, un CS organise deux séances de CPS par mois ; la première permet d'inscrire les enfants à vacciner et la deuxième permet d'administrer le vaccin aux inscrits. La MILD est distribuée lors de l'administration du vaccin. Il est à noter que l'efficacité de cette filière dépend de l'approvisionnement en vaccin. De plus, les ménages résidant en périphérie et devant parcourir une longue distance sont moins susceptibles d'être couverts en raison de la nécessité de se rendre deux fois au centre de santé. La plupart des interlocuteurs estiment que la distribution de MILD est un facteur de motivation pour les mamans de revenir faire vacciner l'enfant après l'avoir inscrit.

Dans la mesure où les intrants étaient disponibles, l'équipe d'évaluation a pu observer que la mise en œuvre de la distribution de routine se déroule, de manière générale dans les sites visités conformément aux instructions. L'application des normes nationales souffre toutefois parfois de manque d'uniformité et d'adaptations au contexte local parfois non justifiées (par exemple, cette pratique dans certains endroits de donner à un même enfant une MILD à l'inscription de CPS et une fois encore à son premier anniversaire de naissance, moment où l'enfant complète son calendrier vaccinal).

L'efficacité du programme a été estimée pour la Province du Bas-Congo sur base des chiffres de populations estimées les plus fiables, en utilisant les proportions de 4% pour les femmes enceintes et 3.49% pour les enfants de moins de 1 an pour calculer les populations cibles. La population éligible pour une MILD a été estimée en appliquant les taux de fréquentation pour la CPN1 (90%) et CPS (85%)[17]. Ces résultats ont ensuite été comparés au nombre documenté de MILD distribuées par filière, avec soit la population entière de la province, soit celle des 20 ZS ciblées par la mise en œuvre du programme.

Tableau 5: *Population cible et MILD distribuées en Bas-Congo*

Année	Population	Utilisation	MILDA distribuées

[17] Enquête Démographique et de santé 2013-2014, Rapport préliminaire

	Total	Femmes enceintes	Enfants	CPN1	CPS	CPN1	CPS	Ratio CPN1/CPS
2009	3,095,746	123,830	108,042	111,447	91,835	25,146	48,674	0.52
2010	3,188,618	127,545	111,283	114,790	94,590	40,234	37,116	1.08
2011	3,284,277	131,371	114,621	118,234	97,428	91,164	34,664	2.63
2012	3,382,805	135,312	118,060	121,781	100,351	15,895	14,549	1.09
2013	3,484,289	139,372	121,602	125,434	103,361	58,585	56,573	1.04

Tableau 6: *Efficacité du système de distribution continue de MILD en Bas-Congo*

Année	Bas-Congo total				20/31 ZS (64.5% de population)			
	Population cible		Relatif à l'utilisation		Population cible		Relatif à l'utilisation	
	CPN1	CPS	CPN1	CPS	CPN1	CPS	CPN1	CPS
2009	20.3%	45.1%	22.6%	53.0%	31.5%	69.8%	35.0%	82.2%
2010	31.5%	33.4%	35.1%	39.2%	48.9%	51.7%	54.3%	60.8%
2011	69.4%	30.2%	77.1%	35.6%	107.6%	46.9%	119.5%	55.1%
2012	11.7%	12.3%	13.1%	14.5%	18.2%	19.1%	20.2%	22.5%
2013	42.0%	46.5%	46.7%	54.7%	65.2%	72.1%	72.4%	84.8%

Les résultats présentés dans les Tableaux 5 et 6 indiquent quelques inconsistances de données, particulièrement pour 2009 et 211. En se basant sur les éléments démographiques et les taux de fréquentations rapportés, les femmes venues à la CPN1 devraient en théorie être un peu plus nombreuses que les enfants de moins de 1 an venant à la CPS, ce qui est en effet le cas pour 2010, 2011 et 2013. Mais en 2009, il y a eu deux fois plus de MILD distribuées aux enfants en comparaison à celles distribuées aux femmes enceintes et en 2011, ce ratio s'est inversé. Or, ces observations ne sont pas compatibles avec les instructions du niveau central. Cependant, il n'est pas possible avec les données disponibles d'évaluer si ces variations sont dues à des erreurs de données, des changements dans la mise en œuvre et/ou dans la stratégie d'allocation ou autres irrégularités.

Les estimations de l'efficacité du programme (Tableau 6) montrent une grande variation entre les années avec les chiffres pour 2012 particulièrement bas, atteignant seulement 20-22% de la population éligible servie dans les 20 ZS sur les 31 ZS où la distribution de routine était mise en œuvre. Les résultats étaient meilleurs pour 2013 avec une efficacité de programme de 72% pour la CPN1 et 85% pour la CPS.

Mise en œuvre : documentation

Les visites des ZS et CS échantillonnées au Bas Congo et au Katanga[18] ont permis de constater que les outils de gestion pour les MILD sont utilisés correctement et répondent bien au souci d'assurer la comptabilité et la traçabilité des MILD tout au long du circuit de distribution. Des outils appropriés de commande, de réception et livraison des MILD ainsi que des registres de CPN et CSP et des registres de distribution des MILD aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an existent et sont régulièrement utilisés et les structure sanitaire ont l'air de bien maitriser les chiffres de population cible à leur niveau. Cela démontre que les goulots d'étranglement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) résident plutôt en amont du système plutôt qu'au niveau de mise en œuvre.

[18] Ce constat ne couvre que des ZS et CS appuyés par SANRU. Les outils utilisés par les projets PMI n'ont pas pu être évalués car la mission n'a pas eu la possibilité de visiter des zones de santé appuyées par PMI.

Toutefois, ces outils de gestion, surtout au niveau périphérique (CS) où la charge de travail peut constituer un obstacle, ne sont pas toujours systématiquement tenus à jour, ce qui peut décroître la fiabilité de données transcrites.

Dans les ZS appuyés par le Fonds Mondial, un registre spécifique est utilisé et compile l'information relative à la distribution des MILD aux femmes enceintes et aux enfants dans un tableau unique. Bien que cet outil facilite le recueil de données, le remplissage d'un registre supplémentaire constitue une surcharge de travail et dans certains cas une duplication des efforts de documentation.

Suivi et évaluation

Un circuit, des périodes et des dates butoirs de transmission des données d'un niveau à l'autre de la pyramide sont clairement définis. La remontée des données des CS vers les ZS se fait généralement régulièrement chaque mois ; un manque d'agrégation, des retards et des pertes de données sont plus souvent observés des ZS vers le niveau provincial et des Provinces vers le niveau central. Cela entraîne non seulement un manque des données récentes relatives aux quantités de MILD distribuées aux populations cibles mais aussi l'absence d'estimation de taux de couverture à l'aide des données du SNIS[19]. Pour palier a cette faiblesse, des enquêtes de monitorage du plan sont réalisées dans certaines ZS. Néanmoins, il n'y a pas assez de données quantitatives fiables pour faciliter la prise de décisions stratégiques.

Des enquêtes post campagnes sont réalisées dans les provinces ciblées par ces campagnes, mesurant un ensemble d'indicateurs de santé. Néanmoins, les méthodes d'échantillonnage utilisées ne sont pas conformes aux standards actuels et les données spécifiques aux moustiquaires n'apportent qu'un aperçu superficiel de la couverture post campagne. Par exemple, les indicateurs de couverture universelle tels que la proportion de la population ayant accès à une MILD et la proportion de ménages avec 1 MILD pour 2 personnes ne sont pas systématiquement mesurés.

Eléments comportementaux et pratiques de la population

Etant donné que cette évaluation visait d'évaluer le système de distribution, les indicateurs de résultats se sont principalement concentrés sur la disponibilité des moustiquaires. Or, les aspects relatifs aux pratiques et attitudes de la population sont importants à considérer afin d'optimiser le bénéfice des différentes distributions ayant lieu en RDC. Premièrement, il semble pertinent de rappeler que les MILD doivent être utilisées par au moins 80% de la population afin d'atteindre l'objectif de réduction de la transmission du paludisme. Cela implique que les ménages doivent être convaincus de l'efficacité des MILD pour se protéger. Or, des conversations informelles tenues lors du passage de l'équipe sur le terrain ont rapportés que certains membres de la communauté étaient sceptiques par rapport à l'efficacité de l'insecticide car après quelques mois d'utilisation de la moustiquaire, les insectes se posant sur la MILD ne mourraient pas immédiatement contrairement à ce qui pouvait être observé lors de la première utilisation. Aussi, il est important que les ménages comprennent que la MILD reste efficace car une fois que le moustique a été en contact avec l'insecticide en se posant sur la MILD, il ira mourir même ailleurs sans que l'on puisse le voir. Deuxièmement, la durabilité des MILD au sein des ménages est un élément déterminant pour le maintien de la couverture entre les distributions et a un impact substantiel sur le rapport cout-bénéfice du programme. Dès lors, il est bon de soulever l'importance de favoriser les bonnes pratiques des ménages par rapport à l'entretien des MILD afin d'optimiser leur utilisation le plus longtemps possible. Enfin, dans les cas où la distribution continue a été débutée juste après une campagne de masse, certaines communautés ont été confrontées au mécontentement de la population lié à la confusion des groupes

[19] La base de données du SNIS n'a pas été accessible durant cette évaluation

cibles étant donné que la campagne visait tout le monde sans distinction alors que la distribution de MILD en routine ne cible que les femmes enceintes et enfants de moins de deux ans.

ESTIMATION DU TAUX DE COUVERTURE DE MENAGE EN MILD, L'ETUDE DE CAS DU BAS-CONGO

Dans cette section, le taux de couverture de la stratégie actuelle de distribution de MILD est estimé afin de déterminer si elle doit être continuée au vu des objectifs nationaux à atteindre.

Comme mentionné dans la section sur la méthodologie de l'évaluation ci-dessus, un nombre insuffisant de données fiables a été mise à la disposition de l'équipe d'évaluation afin de pouvoir fournir une estimation complète.

L'équipe a toutefois réussi à réunir assez de données sur la Province du Bas Congo, qu'elle a utilisées pour développer une étude de cas illustrative de la problématique. L'approche utilisée pour étudier la situation en Bas Congo peut-être facilement répliquée pour obtenir une analyse similaire pour les autres Provinces et le niveau national au cas où les données nécessaires deviendraient à être disponibles dans le futur.

Le taux de couverture de ménage en MILD a et été estimé à l'aide de l'outil 'NetCALC', introduit plus haut dans ce rapport. Cette section présente d'abord les données de base appliquées dans l'outil 'NetCALC' à cet effet ; elle discute ensuite des taux de couverture actuel et futur selon différents scénarios de combinaison de systèmes de distribution (parmi ceux opérationnels actuellement) et de durée moyenne de vie des MILD qui sont expliqués ci-dessous.

Les scénarios présentés ci-dessous évaluent la couverture théorique atteinte par la stratégie. Le but est de déterminer si la distribution de MILD en routine telle que conçue actuellement permet de maintenir la couverture entre les campagnes successives. Ces scenarios tentent également d'illustrer l'impact de la durée de vie des MILD sur la couverture.

Taux de couverture actuel au Bas Congo

Afin d'estimer la couverture actuelle de MILD au Bas-Congo, les paramètres suivants ont été assumés et utilisés dans NetCalc :

- Population comme indiquée dans le Tableau 5
- Quantité de MILD distribuées à travers les filières de routine dans 20/31 ZS comme dans le Tableau 6, avec distribution en 2014 comme en 2013
- Proportion de ménages avec 1 MILD avant la campagne : 41.7%[20]
- Quantité de MILD distribuées par la campagne : 1, 547,195 en 2011
- Les 20 ZS avec distribution de routine représentent 64.5% de la population

Les résultats sont présentés séparément pour les 20 ZS avec distribution de routine (Figure 2) et les 11 ZS sans distribution de routine (figure 3) et considèrent deux scénarios : une durée de vie de MILD de 3 ou 1,5 années respectivement. Ces deux scénarios sont considérés parce que certains interlocuteurs en RDC suspectent une durée de vie des MILD plus courte que la normale; ces suspicions ne sont basées que sur des anecdotes et perceptions non vérifiées.

Dans les deux cas, il est évident que le niveau de distribution de routine était insuffisant pour maintenir les gains de la campagne de 2011. L'accès de la population aux MILD dans les ZS avec distribution de routine à la fin de 2013 est estimé à 75% si les MILD survivent 3 ans en moyenne mais seulement à 32% si la durée de vie est de 1,5 an. A la fin de 2014, ces taux de couvertures auraient chuté jusque 58% et 18% respectivement. Les résultats montrent aussi la grande importance de données fiables sur la durée de vie des MILD.

[20] Enquête MICS 2010

Dans les ZS sans distribution de routine, la population ayant accès à une MILD est estimée à 60% à la fin de 2013 si la durée de vie des MILD est de 3 ans, 15 pourcent de moins qu'avec distribution de routine, et assumant une durée de vie de 1,5 an, ce chiffre serait de 21% ou 12 pourcent de moins qu'avec la distribution de routine.

Figure 2: *Accès de la population aux MILD dans les 20 ZS du Bas-Congo avec distribution de routine après la campagne de 2011*

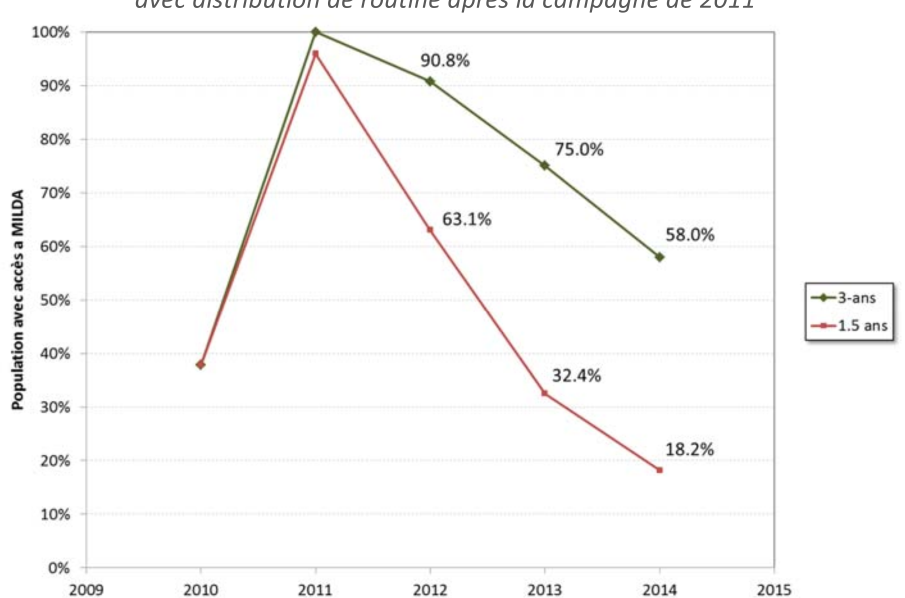
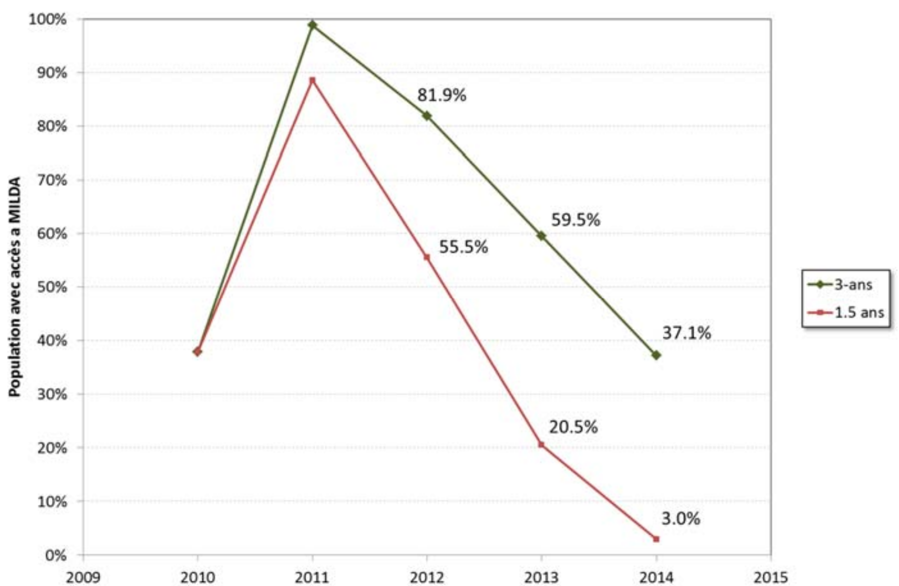



Figure 3: *Accès de la population aux MILD dans les 11 ZS du Bas-Congo sans distribution de routine après la campagne de 2011*



Les scénarios étudiés ci-dessus ne tiennent pas compte de distribution éventuelle de MILD via le secteur commercial, qui comme mentionné dans l'introduction de ce rapport, ne semble pas être très développé.

Projections du taux de couverture de ménage en MILD pour les années à venir

Afin de projeter la couverture de population avec accès aux MILD attendue et le nombre de MILD nécessaire au Bas-Congo selon différents scénarios, les paramètres suivants ont été utilisés dans NetCalc :

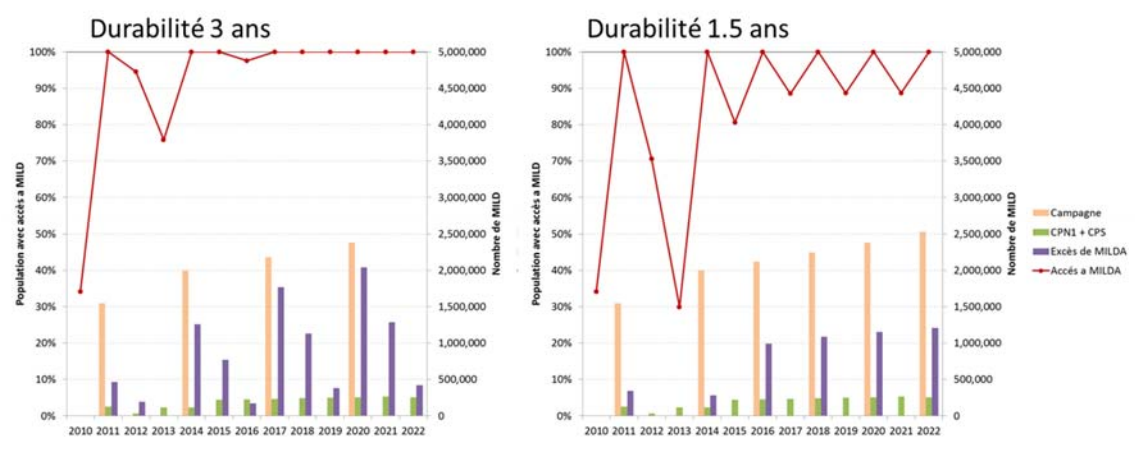
- Population telle que présentée dans le Tableau 5
- Campagne de masse quantifiée selon « Population / 1,8 » a) tous les trois ans, avec une durée de vie des MILD de 3 ans et b) tous les deux ans, avec une durée de vie de MILD de 1,5 an. L'efficacité de la campagne a été assumée à 100%
- Distribution de routine avec une fréquentation des services de CPN1 de 90% et de CPS (enfants de 9 mois en fin de calendrier vaccinal) de 85% et une efficacité de programme de 75 et 85% respectivement
- Les chiffres distributions précédentes documentées ci-dessus, telle que la campagne en 2011 et la distribution de routine comme présentée dans le Tableau 5.

Scénario 1: campagnes de masse successives, sans tenir compte des MILD existantes + distribution de routine via les CPN et CPS

Selon la stratégie actuelle, le premier scénario établi était le recours aux campagnes de masse successives, sans tenir compte des MILD existantes, avec en plus, la distribution de routine à travers la CPN et CPS. Les résultats sont présentés dans la Figure 4. Selon l'hypothèse d'une durée de vie des MILD de 3 ans, cette stratégie de distribution pourrait résulter en une couverture universelle continue en MILD mais au prix de quantités significatives de MILD excédantes distribuées, ce qui suggère que répéter ces campagnes sans considérer les MILD existantes n'est pas rentable et entraîne des coûts supplémentaires importants.

Même en estimant une durée de vie des MILD de 1,5 ans et des campagnes tous les 2 ans, la couverture ne descendrait pas sous 90% mais à nouveau à un coût tel que presque la moitié des MILD de la campagne seraient excédentaires par rapport à ce qui serait théoriquement nécessaire.

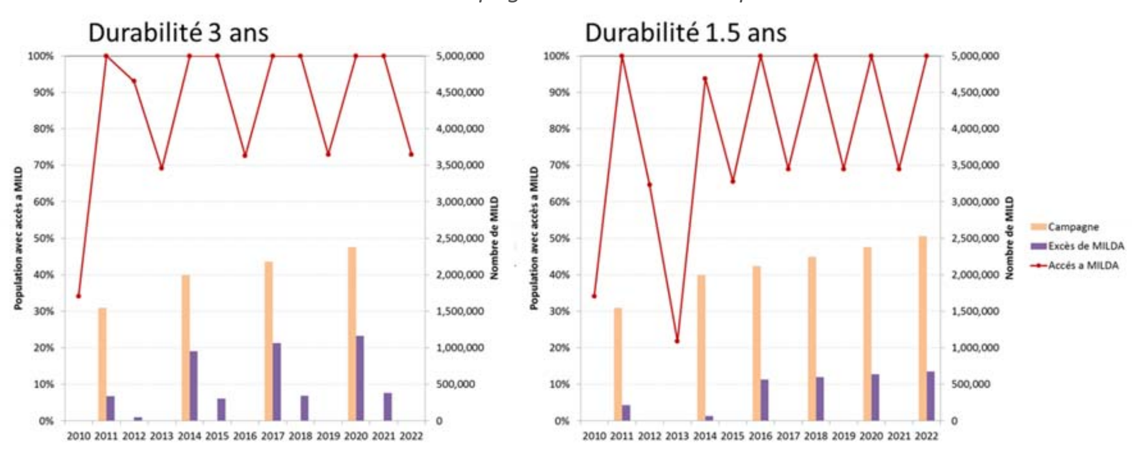
Figure 4: *La couverture atteinte et les MILD nécessaires au Bas-Congo avec campagnes successives + routine via les CPN et CPS.*



Scénario 2: campagnes successives uniquement

Le second scénario considère les campagnes successives mais cette fois sans distribution de routine à travers les services de santé. Comme présenté dans la Figure 5, l'excès de MILD distribuées est nettement moindre, comparé au scénario précédent, mais la couverture chute dans l'année précédant les campagnes à près de 70%, et ce, pour les deux hypothèses de 3 et 1,5 ans de durée de vie de MILD.

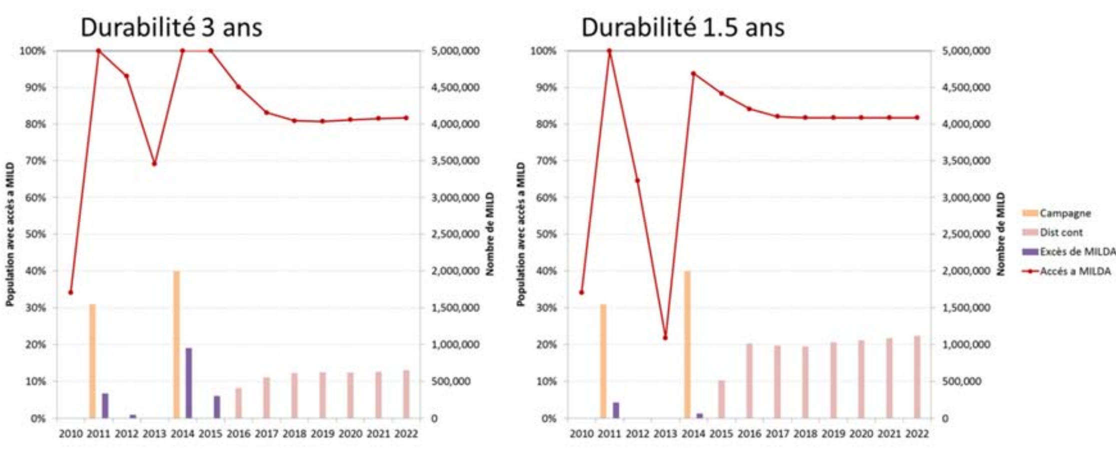
Figure 5: *Couverture atteinte et MILD nécessaires au Bas-Congo avec campagnes successives uniquement*



Scénario 3: plus qu'une campagne de masse en 2014, suivie par un système de distribution continue "optimal"

Le troisième scénario (Figure 6) assume que plus qu'une campagne de masse est faite en 2014 et celle-ci est alors suivie par un système de distribution continue « optimal » qui approvisionnerait la quantité de MILD exacte pour maintenir 80% d'accès de la population aux MILD. Ceci est évidemment une situation hypothétique mais est utilisé pour estimer la quantité de MILD excédentaire ou additionnelle qui serait nécessaire pour les deux scénarios de campagnes successives.

Figure 6: *Couverture atteinte et MILD nécessaires au Bas-Congo avec une dernière campagne en 2014, suivie d'un système de distribution continue optimal*



Résumé et conclusions

La Figure 7 et le Tableau 7 résument les trois scénarios en présentant le nombre cumulatif de MILD qui serait nécessaire de 2014 à 2020. En comparant le résultat des scénarios des campagnes successives plus la distribution de routine avec celui d'une campagne unique plus distribution continue, 68% de MILD supplémentaires devant être achetées dans les scénarios de campagnes successives comparativement au scénario de distribution continue optimal avec une durée de vie des MILD de 3 ans et toujours un excès de 36% avec l'hypothèse d'une durée de vie des MILD de 1,5 an. La durée de vie est basée sur l'état physique des MILD et ne prend pas en compte la rémanence de l'insecticide.

Cette évaluation considère dans la plupart de ses analyses, une longévité des MILD de 3 ans et de 1.5 ans au vu d'évidences anecdotiques qui suggèrent que les MILD en RDC n'ont pas une durée de vie aussi longue qu'actuellement préconisé par les spécifications de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est important de noter qu'il n'y a à ce jour aucune évidence scientifique qui prouve cette hypothèse.

Etant donné qu'il est très improbable que ce système de distribution continue optimal puisse être atteint dans le futur proche, les excès d'une stratégie de campagnes successives plus la routine comparé à la distribution continue optimale peuvent être estimés avec prudence à 40-50% pour une durée de vie de MILD de 3 ans et 15-20% pour une durée de vie de MILD de 1,5 ans.

Figure 7: *Quantité cumulative de MILD nécessaire au Bas-Congo selon différentes stratégies de distribution et hypothèses*

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020

Durabilité 3 ans							
Campagnes successives + routine	2,108,946	2,329,614	2,556,902	4,969,674	5,210,804	5,459,168	8,095,669
Campagnes successives	1,993,788	1,993,788	1,993,788	4,172,454	4,172,454	4,172,454	6,553,141
1 dernière campagne en 2014 suivie de système de routine	1,993,788	1,993,788	2,402,791	2,956,460	3,571,850	4,196,986	4,819,918
Durabilité 1.5 ans							
Campagnes successives + routine	2,108,946	2,329,614	4,672,111	4,906,218	7,391,374	7,639,737	10,276,239
Campagnes successives	1,993,788	1,993,788	4,108,997	4,108,997	6,353,023	6,353,023	8,733,710
1 dernière campagne en 2014 suivie de système de routine	1,993,788	2,510,152	3,524,299	4,511,344	5,488,334	6,521,692	7,578,983

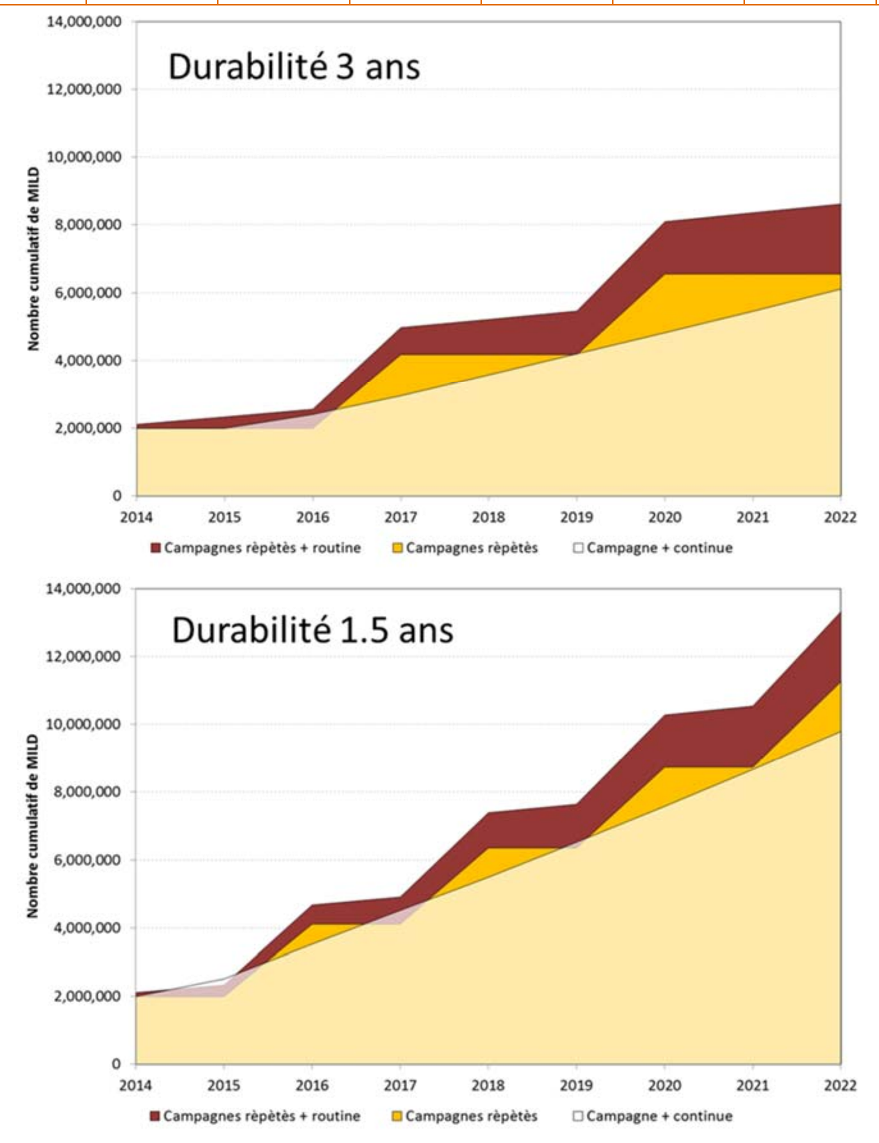


Tableau 7: *Quantité cumulative de MILD nécessaire*

selon différentes stratégies de distribution et hypothèses

Les conclusions majeures de ces projections peuvent être résumées comme suit:

- Il est essentiel d'obtenir des données plus fiables sur la durée de vie moyenne des MILD dans les différentes Provinces en RDC car la différence entre une durée de vie de 3 ans et de 1,5 ans résulterait en près de 2 millions de MILD supplémentaires nécessaires sur une période de 5 à 6 ans pour le Bas-Congo uniquement
- Une stratégie de campagnes successives en plus de distribution de routine à travers les services de santé résulterait en le maintien de la couverture universelle mais au coût d'un rapport cout-efficacité extrêmement désavantageux comparé à une approche qui utiliserait un système de distribution continue où c'est faisable.

De plus, bien que cette évaluation se soit principalement concentrée sur les aspects de distribution et de disponibilité des MILD au sein des ménages, ce rapport met en évidence l'importance de la communication pour le changement du comportement. En effet, l'attitude et les pratiques de ménages par rapport à l'entretien et la manipulation des MILD a une influence conséquente sur la durée de vie des MILD et donc aussi sur le taux de couverture comme démontré ci-dessus.

FILIERES ALTERNATIVES POUR LA DISTRIBUTION CONTINUE DE MILD

Comme démontré dans l'étude de cas du Bas Congo, la stratégie actuelle de distribution combinant des campagnes successives et un système de distribution continue via les CPN et CPS n'est pas efficace. L'analyse présentée ci-dessus suggère qu'un système de distribution continue serait plus approprié pour atteindre et maintenir la couverture universelle. Cette section offre d'abord une brève discussion des filières alternatives envisagées pour le future immédiat en RDC afin d'atteindre cet objectif et ensuite un aperçu de l'impact potentiel de ces filières sur les taux de couverture.

Ecoles primaires

L'option de distribution de MILD dans les écoles primaires a été explorée lors de cette évaluation. En effet, le taux de fréquentation scolaire est haut (73.2% des enfants de 6 à 11 ans sont scolarisés[21]) en RDC et le système éducatif bénéficie d'un programme de santé scolaire et universitaire intégré. Le système comprend les écoles publiques et privées. Dans une grande école de Kinshasa par exemple, un montant annuel de 4 USD par élève est demandé aux parents et assure la gratuité des soins de santé à l'école. Les enfants ne peuvent normalement pas être exclus du programme de santé scolaire si les parents ne peuvent pas payer.

Les années d'enseignement primaire s'étendent de 6 ans jusque 12 ans. La majorité des établissements scolaires pour les années de primaire accueillent des élèves externes uniquement; les internats sont plus fréquents pour les années de secondaires. L'année scolaire débute le 1er lundi du mois de septembre et se termine le 30 juin. Dans chaque école, au moins deux assemblées générales de parents se tiennent chaque année.

Le programme « Ecoliers contre le paludisme » a été lancé récemment. Les enseignants sont formés pour intégrer des messages de prévention contre le paludisme dans leurs cours. Les classes ciblées sont les 4e et 5e primaires car le cursus scolaire de ces classes est adapté pour l'introduction de ces messages.

L'information relative à la fréquentation scolaire est collectée à l'aide de registres pédagogiques dans chaque classe, permettant de connaitre précisément le nombre d'élèves inscrits dans chaque école et chaque classe.

Distribution communautaire

L'option de distribution communautaire se base sur l'existence en RDC d'un réseau d'organisations communautaires de bases comprenant les églises, les ONG locales et le réseau des relais communautaires (RECO). Ceux-ci sont des membres de la communauté élus chargés d'œuvrer en tant qu'œil du système de santé dans la communauté. Ces RECO sont rattachés à une structure sanitaire (centre de santé) et en milieu rural, ils sont chargés de visiter 15 ménages deux fois par mois. Ces RECO ont pour tâche de sensibiliser les ménages et de suivre la mise en pratique des messages-clés des soins de santé primaires diffusés par la zone de santé. Le grand défi est de stabiliser et fidéliser ces RECO. En pratique, ce réseau communautaire est peu fiable sans l'appui de partenaire dans le cadre de programme spécifique. Il n'est pas rare de trouver les RECO au centre de santé, pour assister le personnel soignant, par exemple pour le remplissage des registres. Le manque de motivation résulte en une grande proportion de RECO non actifs parmi ceux qui ont reçu la formation initiale. Les RECO ont aussi un rôle non négligeable pour la stratégie de rattrapage de la distribution de MILD et sont chargés de livrer la MILD directement au domicile des populations cibles qui ne sont pas venues à leur rendez-vous de CPS ou CPN.

---

[21] Enquête Nationale sur la situation des enfants et adolescents en dehors de l'école, 2012, Ministère EPSP

C’est dans ce contexte que le concept de distribution communautaire a été exploré dans le cadre de cette évaluation, en gardant à l’esprit que sans support d’un partenaire pour soutenir les RECOS, la couverture spatiale de ce réseau constitue un défi notoire pour une distribution à base communautaire. Il a été envisagé un système où le RECO évaluerait les besoins en MILD des ménages qu’il/elle visite, sur base du nombre de personnes (par exemple un parent éloigné rejoint la famille et s’installe dans ce ménage pour une période prolongée où les enfants de sexes opposés grandissent et arrêtent de dormir sous la même moustiquaire). Le RECO peut alors soit donner un coupon aux ménages pour retirer les MILD à un point de distribution dans la communauté, soit amener les MILD lors de la prochaine visite à domicile. Ce système comporte l’avantage de permettre une certaine flexibilité dans l’estimation des besoins. Ce système offre aussi l’opportunité de la continuité de l’engagement de certains relais ayant participé au dénombrement des ménages lors des dernières campagnes. En effet, comme ces RECO sont élus par la communauté, ils sont bien acceptés au sein des ménages dans la plupart des cas

Un exemple de projet à base communautaire est « Option B+ », récemment piloté dans une ZS du Katanga. Les RECOS sont appuyés pour effectuer un suivi de la coïnfection TB-VIH chez la femme enceinte avec une stratégie de visite à domicile porte-à-porte. L’intégration de la distribution de MILD pourrait être explorée de façon plus approfondie, particulièrement si ce projet était mis à l’échelle, garantissant un meilleur accès aux moustiquaires en les mettant a disponibilité directement au sein des communautés.

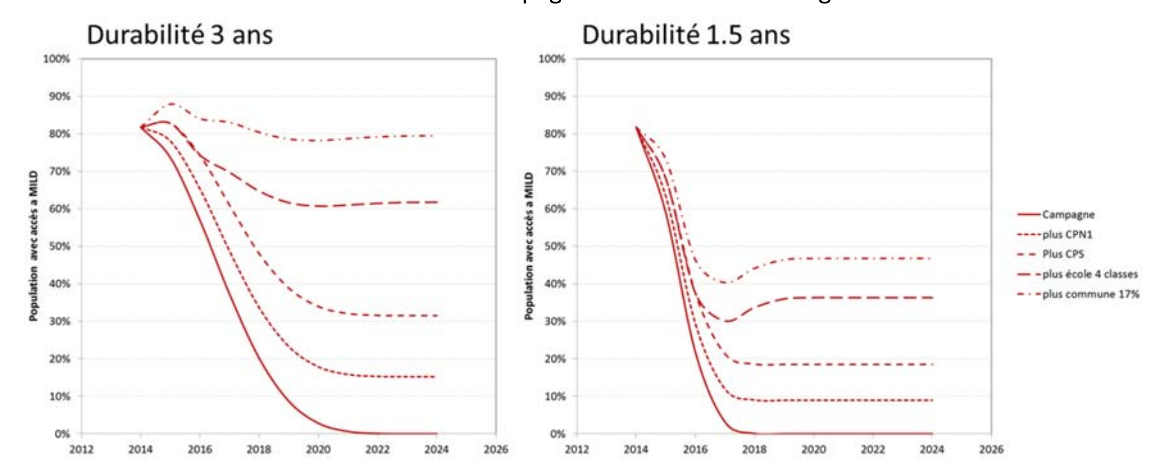
Marketing social et vente au détail

Les filières de marketing social et de vente au détail n’ont pas été explorées lors de cette évaluation. La stratégie nationale actuelle de campagnes successives de distribution gratuites de MILD ne facilite pas un environnement favorable pour le développement à grande échelle du secteur commercial.

Impact potentiel de ces filières alternatives sur les taux de couverture

Des projections de NetCalc supplémentaires ont été faites en utilisant l’exemple du Bas-Congo pour estimer si une stratégie de distribution continue suivant une dernière campagne de masse en 2014 serait, en principe, faisable. La Figure 8 ci-dessous démontre qu’en assumant une durée de vie des MILD de trois ans, en utilisant les paramètres établis précédemment pour la distribution continue via les CPN et CPS et en y ajoutant la distribution de MILD dans quatre classes de primaires (en utilisant le taux de fréquentation scolaire mentionnée ci-dessus, la distribution dans les structures de santé plus les écoles pourrait maintenir un accès de la population aux MILD de 63% après la campagne de masse, laissant seulement 17% des ménages devant être couverts par d’autres mécanismes tels que le secteur commercial. Alternativement, le nombre de classes pourrait être augmenté à six, ou encore - si aucun programme de distribution via le système scolaire n’est mise en œuvre - 50% de la population devrait être atteint via un système de distribution communautaire. Néanmoins, en assumant une durée de vie des MILD de 1,5 an, ces filières combinées ne résulteraient même pas à une couverture de 50% de population ayant accès aux MILD.

Figure 8: Taux de couverture potentiels selon différentes filières de distribution continue, après une dernière campagne en 2014 au Bas-Congo



Ces projections suggèrent que si la durée de vie moyenne des MILD est effectivement seulement 1,5 ans dans plusieurs Provinces en RDC (élément pour lequel il n'y a ce jour pas d'évidence scientifique), toute considération de stratégie de distribution continue pour remplacer les campagnes successives serait futile et une stratégie renforçant les campagnes successives avec ou sans distribution de routine serait la seule alternative.

CONCLUSIONS

Cette section résume, d'une part, les opportunités et menaces et, d'autre part, les forces, faiblesses et leçons apprises observés pendant cette évaluation pour les provinces bu Bas-Congo et Katanga. Elle se termine par une brève présentation des réponses aux questions auxquelles cette évaluation s'était donnée de répondre. La RDC présentant des contextes tellement différents d'une province à l'autre qu'il n'est pas possible de généraliser les conclusions ci-dessous à l'entièreté du pays. Pour ce faire, des données aussi précises et fiables qu'obtenues pour la province du Bas Congo dans le cadre de cette évaluation devraient être obtenues et analysées afin d'identifier les points communs et différents à toutes les zones.

Résumé des opportunités et menaces en RDC

Opportunités	Menaces
• Le paludisme en RDC est un problème majeur; par conséquent, la population est déjà fortement sensibilisée par rapport à l'importance de la prévention. • Tradition de longue date de soins de santé primaires intégrés en RDC faisant des services de routine une filière par laquelle l'introduction de distribution de MILD est facile à mettre en œuvre, pourvu que les moustiquaires soient disponibles. • Plusieurs bailleurs de fonds sont engagés à soutenir la RDC à atteindre la couverture universelle en MILD	• La dépendance de financements extérieurs menace fortement la pérennité du système. • Le morcellement de l'appui des différents bailleurs entraîne des écarts et inégalités entre ZS d'une même province. Par exemple, certaines ZS telle que Kampemba au Katanga n'ont jamais bénéficié de l'appui des bailleurs tels que l'USAID, la Banque Mondiale ou le Fonds Mondial.

Résumé des forces, faiblesses et leçons apprises pour les provinces du Bas-Congo et Katanga

Forces	Faiblesses	Leçons apprises
STRATEGIE		
• Plusieurs stratégies de lutte contre le paludisme en place durant ces dernières années	• La stratégie actuellement utilisée couvre la période 2009-2013 et nécessite d'être révisée pour couvrir une nouvelle période	• Etablir la durée de vie moyenne des MILD en RDC de façon scientifique est crucial pour la révision de la stratégie de distribution des MILD en RDC
COORDINATION		
• Forte collaboration entre les différents programmes nationaux (PNLP, PNSR, PEV) au niveau provincial pour les campagnes ainsi que pour la distribution de routine • Harmonisation de l'engagement financier des partenaires	• Absence de leadership pour la distribution de MILD en RDC • Insuffisance de couverture des activités de distribution continue	• Le défi bien connu de l'estimation des chiffres de population en RDC incite à la validation consciencieuse des résultats de dénombrement et la comparaison de chiffres provenant de sources différentes
PLANNIFICATION / COUVERTURE DES BESOINS		
• Quantités de MILD	• Distribution de routine : non maitrise	• Un court délai entre les différentes

Forces	Faiblesses	Leçons apprises
disponibles pour la dernière campagne estimées suffisantes pour couvrir la demande.	des formules de quantification des besoins au niveau provincial. • La validation des données du dénombrement n'a pas été systématiquement respectée lors de la dernière campagne, particulièrement dans la province du Katanga.	étapes du processus de préparation de campagne (macro planification, dénombrement, distribution) est crucial afin d'éviter les écarts trop importants entre l'estimation des besoins en MILD et la demande réelle
LOGISTIQUE		
• Le projet SANRU a distribué 2 millions de MILD en routine dans 219 ZS en 2013. Les ZS visitées au Bas Congo et au Katanga ont affirmé ne pas avoir subi de ruptures de stock depuis le début du projet en 2010 (pour le Katanga) et en 2012 (pour le Bas Congo). • L'Antenne de Contrôle du SANRU à Lubumbashi a informé que les stocks actuels au Katanga représentent 6 à 7 mois de consommation pour la CPN/CPS, ce qui est excellent. Il serait intéressant de savoir combien de stocks sont maintenus au niveau central (information non obtenue). • Dans l'ensemble (SANRU et PMI) les capacités d'entreposage sont adéquates tant au niveau central qu'au niveau des provinces. • Les outils de gestion des MILD sont bien conçus et utilisés correctement dans les ZS du SANRU visitées. (Au vu de ces points forts, il semble que le SANRU ait mis en place un circuit efficace et ait acquis une bonne expérience en distribution de routine) • JSI/DELIVER a récemment ouvert un bureau à	• Les deux projets PMI ne sont plus approvisionnés en MILD depuis fin 2012. L'évaluation ne peut pas affirmer de façon certaine quelle est la cause de cette longue interruption, mais il semble que le calendrier des achats n'aie pas suffisamment tenu compte des nombreux délais dans le processus d'acquisition et de livraison au pays. • Manque de communication et de coordination entre les diverses parties prenantes dans la distribution de routine. Au cours des entrevues de l'évaluation, les interlocuteurs paraissaient peu informés sur les activités des autres acteurs du domaine des MILD.	• Il existe une différence importante entre les chaines d'approvisionnement pour les campagnes de masse et celles pour les distributions en routine. Les circuits de campagne sont ponctuels, ils sont mis en place pour une courte durée, et sont dissouts une fois les MILD livrées aux sites de distribution. Ces circuits doivent accommoder de très grandes quantités/volumes pour le transport et l'entreposage, et en général les budgets alloués pour la logistique sont conséquents. C'est pour ces raisons que ces circuits doivent rester des circuits parallèles aux chaines d'approvisionnement nationales pour les médicaments. • Les chaines de routine, pour leur part, doivent être des systèmes permanents et devraient le plus possible être intégrés au circuit des médicaments. Dans ce sens, les projets PMI ont mis en place (avec succès, semble-t-il) un système qui passe par les CDR, en les appuyant financièrement, en les supervisant et en renforçant leurs capacités. • Tel que rapporté par la CAMESKIN et la CAMELU[22], des problèmes au niveau des capacités d'entreposage peuvent survenir si les CDR reçoivent des intrants de plusieurs bailleurs à la fois, sans préavis suffisant (d'où le besoin de coordination entre les différents projets qui utilisent le même circuit). • Le transport ferroviaire entre Lubumbashi et les deux Kasai parait être une alternative viable et beaucoup plus économique que le transport aérien à partir de Kinshasa sur ces provinces. Par contre, PSI aurait tenté l'expérience en 2012 pour les MILD des campagnes de masse aux

[22] Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels de Kinshasa et Centrale d'Achat des Médicaments de Lubumbashi.

Forces	Faiblesses	Leçons apprises
Kinshasa dans le but d'améliorer la coordination, le suivi et la communication pour les activités d'approvisionnement de PMI. Les projets nous ont indiqué déjà une amélioration au niveau des communications. • Le fournisseur actuel de PMI (Sumitomo) possède un grand dépôt en Tanzanie lui permettant si nécessaire de positionner des stocks tampons importants pour alimenter le Kivu et le Katanga, réduisant ainsi les risques de ruptures de stocks pour ces deux provinces.		Kasaï. Le résultat fut déplorable. Par manque d'entretien, les rails, wagons et locomotives ne sont plus en état de garantir un transport régulier et efficace. • La route entre Lubumbashi et Kalemie peut s'avérer être une meilleure solution que l'avion (présentement utilisé par le SANRU). Le transport aérien est parfois plus long que prévu car les transporteurs peuvent attendre plusieurs jours (et jusqu'à 1 mois sur le trajet Kalemie) pour d'avoir un plein cargo avant de décoller. • La remontée des données avec régularité et promptitude est un problème qui semble être généralisé en Afrique. Le SANRU nous a indiqué avoir parfois des difficultés à ce niveau, et le PNLP au Katanga doit souvent descendre sur le terrain pour les récupérer. Le PROSANI pour sa part ne se fie pas sur le SNIS, c'est le SIAPS qui est chargé de la collecte des données et des rapports. Au vu des difficultés pour le transport durant la saison des pluies, certaines ZS ont constitué des stocks additionnels durant la saison sèche.
DISTRIBUTION		
• Les MILD sont distribuées aux populations vulnérables, de façon systématique et cohérente, pourvu que les MILD soient disponibles. • Une stratégie de rattrapage est mise en place par les relais communautaires	• Manque d'harmonisation dans la pratique de distribution entre les provinces et les ZS.	• Incompréhension des groupes cibles pour la routine au sein de la communauté lorsque la distribution de routine démarre après la campagne, potentiellement entrainant des conflits entre la communauté et les équipes de distribution
DOCUMENTATION		
• Dans toutes les structures visitées, la distribution de MILD était documentée dans les différents registres, permettant d'obtenir les informations nécessaires à la gestion du programme.	• Duplication des efforts de documentation ou les informations relatives à la distribution de MILD qui sont documentées dans les registres CPS et CPN ainsi que dans le « registre MILD » introduit par le projet SANRU	• Le registre de CPS ne contient pas de colonne « MILD » ; cela incite à utiliser la colonne « observation » à cet effet.
SUIVI ET EVALUATION		
• Les efforts réalisés pour recueillir les informations nécessaires aux décisions	• Manque de données quantitatives fiables pour informer les décisions stratégiques.	• Les discussions relatives à la durée de vie moyenne des MILD en RDC à chaque niveau opérationnel

Forces	Faiblesses	Leçons apprises
stratégiques sont palpables à tous les niveaux	• Inadéquation des indicateurs utilisés pour mesurer la couverture universelle	démontrent un manque d'évidence fiable à ce sujet

Réponse aux questions d'évaluation

Il est bon de rappeler que toutes les conclusions de nature quantitative ci-dessous se basent sur une étude de cas de la Province du Bas-Congo

Le système de distribution de MILD tel qu'il est conçu actuellement permet-il d'atteindre et de maintenir une couverture universelle ?

La stratégie actuelle de distribution de MILD en RDC qui combine des campagnes successives avec un système de distribution de routine à travers les services de santé CPN et CPS peut atteindre et maintenir la couverture universelle mais selon un rapport cout-efficacité extrêmement désavantageux comparé à une approche qui utiliserait un système de distribution continue optimal uniquement, où c'est faisable. Cette évaluation a en effet démontré que la stratégie actuelle, si mise en œuvre uniformément au Bas-Congo en RDC, entraînerait un excès de MILD qui peut être estimé avec prudence à 40-50% pour une durée de vie de MILD de 3 ans et 15-20% pour une durée de vie de MILD de 1,5 an.

La réponse à la troisième question d'évaluation discute de ce que pourraient être les composantes d'un système de distribution continue sans campagnes successives.

Les filières d'acheminement de MILD via les CPN et PEV sont-elles efficaces et doivent-elles être maintenues? Si oui, comment les améliorer ?

Les résultats de l'évaluation indiquent quelques inconsistances de données pour les cinq dernières années au Bas-Congo, particulièrement pour 2009 et 211. Cependant, il n'est pas possible avec les données disponibles d'évaluer si ces variations sont dues à des erreurs de données, des changements dans la mise en œuvre et/ou dans la stratégie d'allocation ou autres irrégularités. Des estimations de l'efficacité du programme ont toutefois été faites et démontrent une grande variation entre les années avec les chiffres pour 2012 particulièrement bas, atteignant seulement 20-22% de la population éligible servie dans les 20 ZS sur les 31 ZS où la distribution de routine était mise en œuvre. Les résultats étaient meilleurs pour 2013 avec une efficacité de programme de 72% pour la CPN1 et 85% pour la CPS.

Selon les informations récoltées et les observations qui ont pu être faites au cours de la mission (et tenant compte des limitations de l'évaluation identifiées ci-dessus), il semble que les circuits logistiques d'approvisionnement de MILD pour les distributions via les services de CPN et CPS fonctionnent à partir du niveau intermédiaire vers la périphérie dans la Province du Bas-Congo, à condition bien sûr que le niveau intermédiaire soit approvisionné de façon régulière. Un certain nombre de problèmes sembleraient se situer en amont, c'est-à-dire au niveau des délais dans le processus d'achat et de livraison aux points d'entrée, dédouanement, puis transport jusqu'au niveau intermédiaire. Ces délais et difficultés de transport seraient responsables des livraisons irrégulières au niveau intermédiaire, ainsi que des ruptures de stock apparentes du coté de PMI. Il est à noter que cette observation n'est valable que pour la Province du Bas-Congo étant donné les ruptures de stock de MILD lors du passage de l'équipe dans la Province du Katanga. Néanmoins, les petites quantités mensuelles de MILD nécessaires au niveau des structures de santé, rendent l'approvisionnement et le stockage relativement aisés en périphérie,

renforçant l'importance de rectifier les problèmes d'approvisionnement provenant du niveau central et provincial.

L'évaluation a noté des écarts de couverture des activités de distribution continue via les CPN et les CPS entrainant des inégalités au sein d'une même province.

Au vu du fait qu'un système relativement efficace est actuellement mis en œuvre et que la distribution de MILD via les CPN et CPS peuvent cumulativement couvrir de 20% (pour une durée de vie de MILD de 1,5 an) à 30% (pour un durée de vie de MILD de 3 ans) des besoins de la population en MILD, la distribution continue via ces créneaux doit être maintenue mais renforcée et étendue aux ZS actuellement non appuyés. Des recommandations pour le renforcement de ces systèmes sont présentées dans la section suivante de ce rapport.

Quelle(s) filière(s) d'acheminement alternative(s) permettrai(en)t de complémenter le système actuel afin d'atteindre la couverture universelle ?

Les résultats de cette évaluation invitent le PNLP et partenaires à reconsidérer la stratégie nationale de distribution de MILD. Dès lors, il est pertinent d'envisager pour le plus long terme la perspective de la conception d'un robuste système de distribution continue comprenant plusieurs filières d'acheminement et l'abandon progressif des campagnes successives afin d'optimiser les ressources disponibles tout en garantissant une couverture d'intervention anti vectorielle susceptible d'avoir un impact sur la transmission du paludisme en RDC. Les filières d'acheminement complémentaires aux distributions via le CPN et CPS qui présentent du potentiel en RDC sont les écoles primaires et la distribution à base communautaire.

Une estimation dans le cadre de l'étude de cas du Bas Congo faite sur base d'une durée de vie des MILD de 3 ans démontre qu'en plus du système actuel de distribution via CPN et CPS, un système de distribution via les écoles primaires dans quatre classes chaque année pourrait soutenir une couverture d'accès aux MILD de 63% laissant 17% devant être couverts via un système de distribution communautaire et/ou le secteur commercial. Alternativement, au vu des défis opérationnels que présenterait la gestion de deux systèmes de distribution additionnels, le nombre de classes couvertes pourrait être augmenté à six pour soutenir un taux d'accès de la population de 80%.

Les projections dans ce rapport suggèrent toutefois que si la durée de vie moyenne des MILD est effectivement seulement de 1,5 an dans plusieurs Provinces en RDC (élément pour lequel il n'y a ce jour pas d'évidence scientifique), toute considération de stratégie de distribution continue pour remplacer les campagnes successives serait futile et une stratégie renforçant les campagnes successives avec ou sans distribution de routine serait la seule alternative.

RECOMMANDATIONS

Dans cette section, l'équipe d'évaluation propose et détaille les recommandations suivantes[23]:

1. Renforcer et étendre le système de distribution de MILD à travers les CPN et CPS
2. Renforcer le plan national de suivi et évaluation pour la distribution de MILD
3. Tester un modèle de distribution continue de MILD à travers des filières d'acheminement alternatives
4. Renforcer la Communication pour le Changement du Comportement (CCC)

[23] Les auteurs tiennent à signaler qu'il est possible que certains éléments de leurs recommandations soient déjà mis en place mais n'aient pu être vérifié lors de l'évaluation en raison des contraintes identifiées dans la section « Méthodologie »

Renforcer et étendre le système de distribution de MILD à travers les CPN et CPS

Coordination

Un membre du PNLP devrait être identifié pour être le point focal pour la distribution de MILD en RDC, incluant les campagnes de masse ainsi que toute autre filière de distribution continue. Il/elle devrait s'assurer que les documents de stratégie nationale soient mis à jour, que les guides techniques mis à disposition du personnel de santé incluent les informations nécessaires à la distribution de MILD et que tous les aspects techniques relatifs à la distribution de MILD tels que la méthodologie des évaluations, les guides opérationnels pour la mise en œuvre des différentes filières d'acheminement soient conformes aux recommandations actuelles du partenariat global et national 'Faire Reculer le Paludisme'.

Le point focal de distribution en MILD devrait également s'assurer qu'une base de données intégrant toutes les données de populations et quantités de MILD prévues et distribuées par filière de distribution et par zone de santé soit disponible et mise à jour au niveau central.

Enfin, le point focal de distribution de MILD devrait être chargé de cartographier l'appui des différents partenaires ainsi que les zones non appuyées afin d'avoir un aperçu précis de la couverture des activités de distribution.

Macro planification et couverture des besoins

Des recommandations méthodologiques pour l'estimation de la population dans chaque ZS devraient être élaborées en se basant sur l'expérience de la Province du Bas-Congo. Les étapes de validation de données de dénombrement devraient être renforcées à chaque niveau et les résultats être discutés et comparés à l'aide de données provenant d'autres sources. Enfin, les évaluations post campagne devraient impérativement inclure l'estimation du taux de couverture du dénombrement (=la proportion de ménages visités par l'équipe de dénombrement et qui ont reçu un jeton). Les résultats obtenus permettraient de valider ou ajuster si nécessaire les chiffres de population au niveau de la Province.

Les formules d'estimation de besoins en MILD pour la CPN et CPS devraient être revues et clarifiées à tous les niveaux. Ces formules devraient tenir compte de la proportion de la population cible et du taux d'utilisation des services telles que :

Caractéristique	Routine - CPN	Routine - CPS
Population cible	Femmes enceintes (4% de la population)	Enfants de moins de 12 mois (3,49% de la population)
Algorithme de distribution[24]	1 MILD lors de la première CPN	1 MILD lors de l'achèvement du calendrier vaccinal
Taux d'utilisation des services de routine	90%	85%
Formule utilisée pour l'estimation des besoins en MILD	Population * 0,04 * 0,90	Population * 0,0349 * 0,85

Enfin, le niveau central devrait envisager une stratégie de mise en œuvre pour le dénombrement dans le cas où le taux de couverture de ménage est supérieur à 30%. En effet, il est prévu dans les documents stratégiques que dans ce cas les MILD existantes et utilisables soient prises en considération pour l'estimation des besoins.

[24] L'algorithme de distribution pour les campagnes est basé sur les informations recueillies sur la campagne au Bas-Congo

Logistique

- Pour minimiser les risques de ruptures de stocks auxquels sont confrontés présentement les projets PMI, il faudrait en premier lieu (1) une meilleure planification du calendrier des achats en fonction des besoins des programmes, des délais de production, de livraison, de dédouanement et de transport interne, ainsi qu'en fonction des capacités d'entreposage aux niveaux supérieurs et intermédiaires, (2) prévoir des marges de sécurité suffisamment importantes au niveau des stocks tampons à tous les niveaux, et (3) une meilleure coordination et communication entre le niveau central, intermédiaire et périphérique[25].

- Pour améliorer la coordination, la communication et l'échange d'information concernant la logistique et les approvisionnements en RDC, au bénéfice de toutes les parties prenantes, il serait souhaitable de tenir des réunions trimestrielles présidées par le MinSanté/PNLP réunissant les responsables approvisionnement et logisticiens des projets, agences et principales organisations non gouvernementales œuvrant en RDC.

- Lorsqu'il sera envisagé de mettre sur pied des filières additionnelles de distribution continue afin de maintenir la couverture universelle, ou encore d'augmenter le nombre des ZS appuyées en distribution de routine, il sera essentiel de prévoir et de mesurer l'impact que cela aura sur la logistique et les circuits d'approvisionnement, afin de garantir que les systèmes auront la capacité de gérer des quantités additionnelles.

- Les coûts liés aux circuits d'approvisionnement: Il ne fait aucun doute que ces coûts sont élevés en RDC. Ceci est évidemment dû aux difficultés pour transporter les MILD jusqu'aux confins d'un pays sans routes, ou presque. Le transport aérien doit normalement être la dernière option pour un intrant volumineux tel que les MILD; cependant en RDC il est parfois la seule option semble-t-il. Pourtant, lors des campagnes de masse dans les 11 provinces ces dernières années, les 38 millions de moustiquaires ont été acheminées dans plus de 10,000 sites de distribution sans qu'une seule n'ait pris l'avion. Il est donc possible de réduire les coûts logistiques pour les MILD de routine en limitant au strict minimum le transport aérien.

- Les chaines du secteur privé/commercial: Il y a beaucoup à apprendre des circuits de distribution du secteur commercial. Ils sont généralement très efficaces. Nous n'avons pas eu la possibilité d'explorer cette question durant notre évaluation, mais nous savons par expérience dans d'autres pays d'Afrique que les grandes entreprises opérant des réseaux de distribution à échelle nationale sont souvent ouvertes à une collaboration pour le transport ou l'entreposage des moustiquaires. Une fois sensibilisés dans le sens de la contribution et de l'engagement communautaire, les responsables de ces entreprises peuvent offrir ces services sans que les coûts soient prohibitifs.

Mise en œuvre : distribution des MILD aux cibles

La mise en œuvre au niveau des structures de santé devrait être harmonisée de sorte que les pratiques soient constantes. La MILD devrait être distribuée lors de la première visite de CPN à la femme enceinte

[25] *A noter que certains retards et goulots d'étranglement sont parfois difficiles à prévoir et à éviter (par exemple le cas du port de Lagos qui a été subitement paralysé pendant plus de 6 mois en 2008, dû à une combinaison de facteurs adverses). Cependant, il a été constaté maintes fois que les blocages et retards les plus fréquents dans les approvisionnements en MILD ont lieu lors du dédouanement et sont dus à des facteurs internes, des failles dans la gestion du circuit, le plus souvent des documents de transport et/ou lettre d'exonération manquants. Il semblerait qu'un récent arrivage de MILD en RDC a été longuement retenu au point d'entrée pour la même raison.*

afin de la protéger le plus tôt possible durant sa grossesse puisque que l'objectif premier pour cette population cible est de protéger les femmes enceintes durant leur grossesse. La MILD ne devrait donc pas être utilisée pour seulement motiver les femmes à utiliser le service de CPN. Ceci étant dit, la distribution devrait être flexible en ce sens que si la femme vient tardivement à la CPN1, elle soit quand même éligible pour recevoir une MILD.

Pour la CPS en revanche, la MILD devrait être distribuée lors de la complétude du calendrier vaccinal, à la dernière vaccination (VAR-VAA). Il est important que le système de rattrapage à travers les relais communautaires soit utilisé pour motiver les mères à venir faire vacciner leurs enfants.

Les MILD devraient être distribuées avec l'emballage ouvert de façon systématique, de façon à prévenir la revente de la moustiquaire.

Le guide technique du PNLP à l'attention du personnel de santé devrait également inclure tous ces détails par rapport à la distribution de MILD car la version actuelle ne mentionne uniquement que les formules d'estimation des populations cibles.

Documentation

D'une part, une colonne « MILD » devrait être inclue au registre CPS afin de notifier les enfants qui ont reçu une MILD. D'autre part, le registre de sortie des médicaments essentiels devrait être complété pour les MILD en inscrivant les sorties de MILD par jour. Enfin, les visites de supervision devraient inclure la vérification et le renforcement de l'utilisation des outils de documentation afin que les registres de CPN et CPS puissent être correctement remplis et que l'information documentée soit suffisamment fiable pour abandonner d'autres registres spécifiques à la distribution de MILD.

Renforcer le plan national de Suivi et évaluation pour la distribution de MILD

L'objectif du plan de Suivi et Evaluation pour la distribution de MILD est d'apporter au PNLP et partenaires des évidences solides permettant la prise de décision stratégique. La disponibilité de données fiables sur l'efficacité de la stratégie et les éléments influençant l'atteinte de l'objectif est cruciale dans le contexte incertain de ressources et de perspectives de financements, comme c'est le cas actuellement.

Inclusion du module de longévité de MILD au sein des ménages

L'estimation de la longévité des MILD devrait être inclue aux prochaines évaluations, compte tenu de l'importance de ce facteur pour le maintien de la couverture universelle. La méthodologie recommandée par le groupe de travail de suivi et évaluation du partenariat 'Faire reculer le Paludisme' doit être utilisée; c'est d'ailleurs désormais une obligation de l'USAID. Les données relatives aux MILD doivent être recueillies (baseline / endline) en observant directement toutes les MILD trouvées dans les ménages le jour de l'enquête. Au moment de la rédaction de ce rapport, il semble que l'Ecole de Sante Publique ait déjà soumis une proposition d'étude relative à la longévité des MILD au PNLP. Il sera important que la méthodologie préconisée pour une étude de ce genre soit suivie.

Indicateurs de couverture universelle, de conservation de MILD et de processus de la campagne

L'indicateur de couverture universelle devrait être systématiquement mesuré dans les évaluations, à savoir la proportion de population ayant accès à une MILD le soir précédant l'enquête. C'est la seule façon de déterminer si la cible du PNLP est atteinte et de mesurer les progrès au fil du temps.

Aussi, les enquêtes post campagnes devraient inclure plus de détail sur l'efficacité du processus de mise

en œuvre de la campagne. Par exemple, la couverture du dénombrement est un élément essentiel à dégager afin de tirer des conclusions valides sur l'efficacité globale de la campagne. D'autre part, la proportion de MILD distribuées à ces ménages n'étant plus conservées au moment de l'enquête permet de mesurer d'autres éléments relatifs aux attitudes des ménages et au développement de la « culture » de la MILD dans les provinces ciblées.

Enfin, ces enquêtes devraient inclure des questions relatives à la couverture des activités de communication relatives aux MILD en incluant la source d'information ainsi que les messages retenus par le répondent le jour de l'enquête.

En résumé, les indicateurs suivant devraient être inclus dans les prochaines enquêtes :

- *Proportion de la population avec accès à une MILD*
- *Proportion de ménages visites par l'équipe de dénombrement*
- *Proportion de ménages ayant reçu un jeton*
- *Proportion de ménages s'étant rendu sur le site de distribution*
- *Proportion de ménages ayant reçu au moins 1 MILD sur le site de distribution*
- *Proportion de ménages s'étant débarrassé volontairement de leur MILD depuis la distribution*
- *Proportion de ménages ayant reçu de l'information sur l'utilisation des MILD endéans les 6 derniers mois*
- *Source de l'information (plusieurs réponses possibles)*
- *Contenu du message (plusieurs réponses possibles)*

Tester un modèle de distribution continue de MILD à travers des filières d'acheminement alternatives

Les écoles primaires

L'option de distribution de MILD au sein des écoles primaires devrait être explorée de façon plus approfondie. Un projet pilote devrait être conçu, dont la stratégie pourrait être la suivante :

- distribution de MILD une fois par an, aux élèves de quatre classes de primaires, et leurs instituteurs, dans toutes les écoles de la zone ciblées ; les classes ciblées pourraient être les 1ere, 3eme, 5eme et 6eme primaires
- quantification des besoins à l'aide du registre scolaire (liste de présence)
- distribution en un jour, à la fin du premier trimestre pour permettre aux retardataires d'être inscrits et fournir un moyen de prévention aux enfants avant le début de la saison de haute transmission du paludisme.

Au niveau communautaire

L'option de distribution de MILD au niveau de la communauté présente également une option intéressante a investiguer. Les organisations a base communautaires, les églises et les ONG locales pourraient être plus impliquées pour assurer que les ménages ayant le plus besoin aient la possibilité d'acquérir une nouvelle MILD. Les modalités pratiques devraient être définies avec les organisations impliquées. Ce qui ressort clairement à l'issue de cette évaluation, c'est que les relais communautaires pourraient être utilisés à cette fin, dans le cadre d'un projet d'appui tel que l'option B+, récemment pilotée dans la ZS de Kampemba au Katanga. Il semble que le support apporte au système en termes de motivation des relais est un facteur essentiel pour l'utilisation de cette filière.

Il est également important d'axer cette filière sur la distribution de petite quantité de façon ponctuelle à

ceux qui en ont le plus besoin, à l'inverse d'une mini campagne de masse. C'est essentiel afin d'éviter l'étouffement des autres responsabilités des relais par les efforts que représente une distribution de grande quantité de MILD.

Puisque les coûts opérationnels sont assez lourd et pour la distribution dans les écoles et pour la distribution communautaire, nous ne recommandons pas que ces deux canaux soient combiné dans le même endroit. Si les pilotes montrent du succès, l'un ou l'autre peut être mis en œuvre. Ceci peut être fait par district, par ZS, ou par province, selon les forces et faiblesses des différents systèmes (écolier/communautaire).

Communication pour le Changement du Comportement (CCC)

Ce rapport a mis en évidence l'importance de l'attitude et des pratiques de ménages par rapport aux MILD et au maintien de l'objectif de couverture universelle. La stratégie de CCC devrait inclure des messages relatifs à l'entretien des MILD et particulièrement des conseils pour réparer les trous qui apparaissent sur la moustiquaire.

Aussi, il est crucial de renforcer les explications sur l'efficacité de l'insecticide. Les ménages doivent comprendre que la MILD reste efficace même si les insectes ne meurent plus immédiatement au contact de la MILD au bout de quelques mois, car une fois au contact de l'insecticide en se posant sur la MILD, le moustique ira mourir même ailleurs sans que l'on puisse le voir.

Enfin, les ménages devraient être particulièrement sensibilisés quant à la cible pour la distribution dans les CPN et CPS lorsque cette filière est initiée après une campagne de masse. Cela permettrait de réduire le risque de mésentente et de conflits entre des communautés, les équipes de distribution et le personnel de santé, dû au malentendu lié à l'objectif de couverture universelle.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de l'évaluation (en anglais tels que fournis à l'équipe d'évaluation)

Assessment of ANC and EPI LLIN distribution systems in Democratic Republic of Congo
&
Continuous Distribution Assessment

Overview:
The NetWorks project will conduct an assessment of the antenatal care (ANC) and the expanded program for immunization (EPI) long lasting insecticide-treated nets (LLIN) distribution systems within the Democratic Republic of Congo (DRC), in May 2014. The assessment will provide actionable recommendations for the President's Malaria Initiative (PMI) and the DRC Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) and partners on whether to continue routine LLIN distribution, and if so, how implementation and logistics may be improved, by gathering lessons learned from multiple zones. As different donors and implementing partners work in different areas of DRC and implement ANC/EPI LLIN delivery separately, we are particularly interested in identifying best practices and lessons learned from the wider partnership.

At the same time, PMI is interested in an assessment of Continuous Distribution options for DRC. Continuous distribution might include ANC, EPI, school-based distribution, community-based distribution, mass campaigns, socially marketed and retail delivery of LLINs.

Background:
The PNLP follows a three-prong strategy for LLIN delivery: a) distribution of free LLINs through mass campaigns; b) routine distribution of LLIN to pregnant women at ANC and to children under 12 months at pre-school clinics and c) private sector sales of full-cost retail nets.

The 2010 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) showed 51% of households owning at least one insecticide-treated net (ITN) and that 38% of children less than five years of age and 43% of pregnant women had slept under an ITN the night before the survey. The 2012 Revue du Programme Paludisme report (updated version from March 2013) indicates that the proportion of women that received an LLIN at ANC rose from 8% in 2007 to 28% in 2011. The annual PNLP report states that 361 health zones implemented ANC LLIN distribution, but this was only in public sector clinics. Private clinics not integrated into the Health System do not implement LLIN distribution.

PMI has progressively expanded its support to malaria control activities in DRC from 70 health zones in 4 provinces to 138 health zones in 5 provinces, covering almost 22 million people. Discussions are underway to expand to 178 health zones with the increased funding for FY 2013 in order to cover the health zones where the World Bank support has ended.

PMI supports ANC delivery of nets to pregnant women and to children under 12 months completing their vaccinations (generally at 9 month measles). Other donors, including Global Fund/SANRU, The World Bank/UNICEF, and KOICA, are also working in or have funded routine LLIN distribution activities. However, it is unclear whether these delivery systems are effective, whether there are ways of improving the routine system to be more effective, or whether there are other strategies to reach pregnant women and infants.

As of June 2013, approximately 867,745 ITNs were distributed through ANCs and child clinics nationwide up to and including 2012, but transportation costs and other logistical problems have hindered the

success of this activity. In 2011 314,000 LLINs were distributed in ANCs and child care clinics in 70 of the 138 health zones. During 2012, PMI distributed only 114,000 of a projected 455,000 ITNs in the same 70 health zones because of the PNLP policy to halt routine ITN distribution before and during a mass campaign. Thus, health zones in South Kivu and Katanga were not “eligible” for routine distribution for the latter part of 2012 and early 2013. By early 2013, some of these health zones had just begun to restart routine distribution of nets, with approximately 85,000 nets distributed in the first half of the year. Activities for routine distribution have just begun in few of the 68 PMI expansion health zones.

Logistics:
The road infrastructure is so poorly developed that the distribution of commodities requires the use of airplanes and boats, and thus, is more expensive. Nets are shipped using boats or airplanes when they are delivered to Matadi port in Bas-Congo province to Kinshasa or in the provinces, and trucks and/or boats are generally used to transport them from neighboring countries (Rwanda, Kenya, Zambia). This explains the high distribution cost of $1.50 per net planned in the DRC.
Many health zones depots and health facilities are already severely limited in space and so cannot spare any space for the storage of LLINs.
Procedures and tools for reporting, ordering, and resupplying exist, but stockouts at higher levels and inadequate training of clinic staff impede optimum resupply procedures.

Reporting:
Information on LLINs given to pregnant women is collected in the ANC registers (# of women receiving an LLIN). This information is supposed to be sent up to the national level through the regular health reporting system.

PMI requires the results of this assessment to be available prior to the Malaria Operational Plan development visit in May 2014.

Scope of Work:
We envision three consultants will conduct this assessment over a period of 4 weeks. The consultant skill-sets and roles are as follows:

Denomination	Experience	Role
International LLIN CD Specialist	Experienced in development of CD strategies, and in the use of the NetCALC tool to model LLIN coverage based on country parameters Experience in managing, planning, and trouble-shooting ANC/EPI delivery of LLINs	Team Leader - Responsible for evaluation planning and team management Responsible for all aspects of both assessments except for LLIN logistics (field work and report writing) Responsible for coordinating the production the assessment report with significant inputs from the rest of the team
International LLIN distribution logistics Specialist	Experience in planning and improving logistics systems for LLIN delivery.	Responsible for all aspects of LLIN distribution logistics of both assessments (field work and report writing)
National LLIN distribution Specialist	Extensive experience in LLIN distribution through various channels in the DRC context	Support assessment planning and facilitate stakeholders engagement Provide contextualised information for the assessment Take active part in stakeholders consultation and support the other consultants on other tasks (eg data analysis, documents review) during the field work as required Contribute to the report writing as agreed with the rest of the team

Three consultants have been identified to undertake the assignment as follows:
International LLIN CD Specialist - Celine Zegers de Beyl
International LLIN distribution logistics Specialist - Alain Daudrumez
National LLIN distribution Specialist - Jean Angbalu

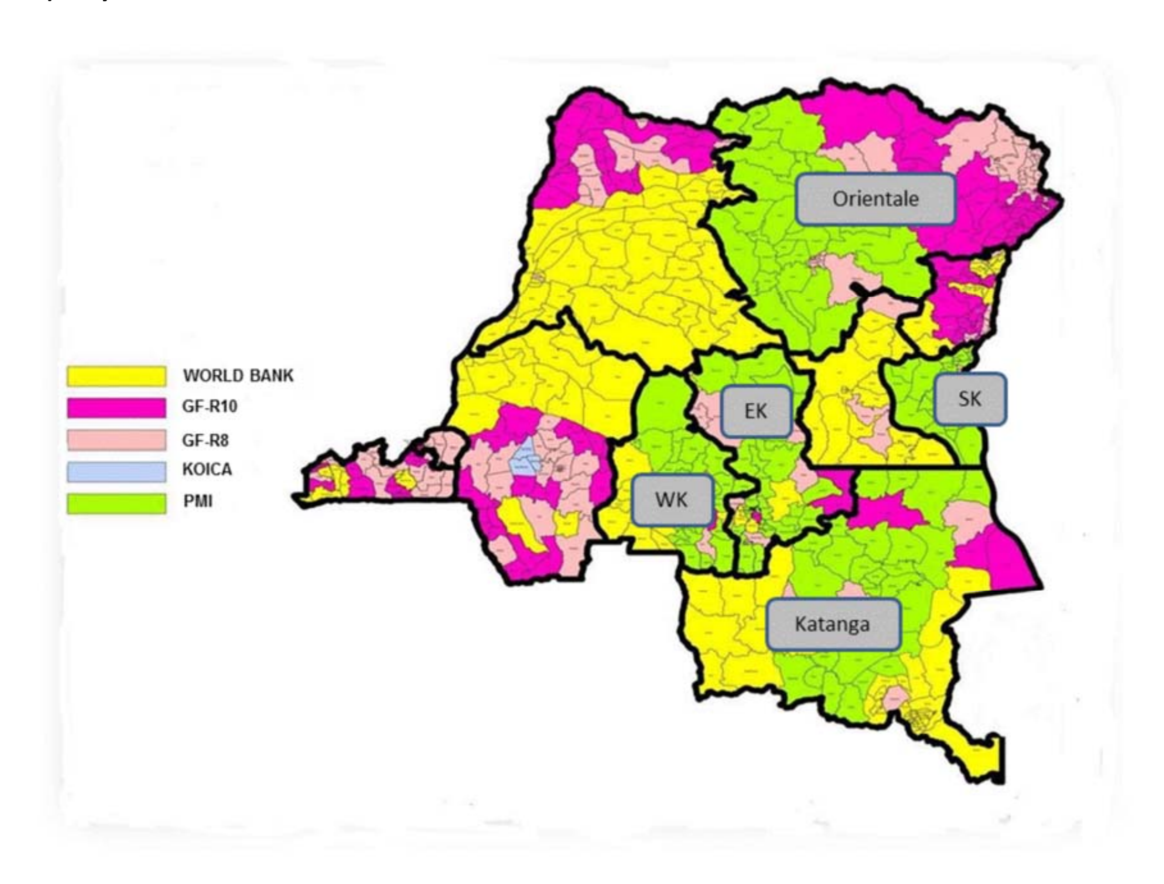
ANC/EPI Assessment:
During the 4-week assessment there will be a 1 day stakeholders meeting, to gather national-level inputs and to orient the assessment team to the history and context of the routine distribution program in DRC. The CD specialist will also present an overview of other potential options for net delivery based on pilots and experiences from other countries, to stimulate discussion.

Besides this stakeholder meeting, the team will work with the PNLP and partners to carry out a comprehensive and practical national assessment of the routine distribution activities in the health zones covered by the three major donors (Global Fund, World Bank, and PMI). The assessment will involve an in-depth examination of the challenges and bottlenecks to effective implementation, through interviews at multiple levels and in multiple health zones. At the province, district, and facility level, the assessment

team will interview and observe those responsible for supply chain management, transport, and issuing of LLIN to beneficiaries. Potential options for alternative supply chains and distribution channels, including private sector supply chains, will be explored at each level.

PMI focus areas for routine distribution include Katanga, South Kivu, East Kasai and West Kasai Provinces. Activities are starting in the fifth supported province Orientale. Selection of 3-4 provinces will be made in conjunction with PMI and PNLP for this assessment, with the goal of visiting districts funded through PMI, Global Fund, and World Bank/PARSS.

Figure 9: Map of health zones covered through various donors (from PMI FY13 Malaria Operational Plan) May 2012



Under PMI funding, DELIVER is responsible for procurement of LLINs for routine distribution to provincial warehouses, and the Integrated Health Project and the PMI Expansion Project are responsible for delivery of nets to health clinics, as well as storage, supervision, and behavior change communication (BCC), in their respective health zones. Transport of nets is done by container vehicles, 4x4 trucks, airplanes, and then by bicycle, canoe/pirogue, and on foot in some areas.

At the national level the team will interview donors, PNLP and MOH officials, and implementing partners to gather information, including reports, about the process of routine distribution since 2006. The team will combine the information gathered from facility and health zone and provincial levels with the information from the national level in order to make recommendations regarding the effectiveness of the routine distribution system, its cost, and ways that the system effectiveness could be improved, and whether the benefits of continuing/improving the program justify the costs of operation required. The team will approach the assignment with a critical perspective and make recommendations based on the

evidence collected.

Continuous Distribution Assessment:
The CD assessment will be conducted jointly with the ANC/EPI assessment, with national-level meetings occurring simultaneously, and provincial or district-level meetings occurring simultaneously or separately, as needed. The team should work together to discuss potential options for stakeholders engagement.

In a consensus statement, Roll Back Malaria (RBM) and the World Health Organization (WHO) recommend continuous distribution in order to maintain universal coverage. Mass campaigns remain the most efficient and effective method of quickly scaling up universal coverage, and in areas where universal coverage has not yet been achieved; using other channels to quickly scale up LLIN access and ownership is more difficult. If there are other potential mechanisms for net distribution that appear to be promising in the DRC context, the team will also present findings and recommendations for adjusting net distribution strategy appropriately.

Goals:
Overall, the assessment will allow the PNLP and partners to review the range of options available for improving or abandoning the routine system, their potential impact, and to ultimately make an informed decision on the most effective strategy for the country.

Dissemination of Results:
At the conclusion of the assessment visit, a national-level stakeholders meeting will be organized to present the findings and recommendations to the PNLP and its partners. The full report would ideally be ready to submit at the same time for feedback from PMI and PNLP.

Deliverables:

1. Detailed assessment work schedule developed and implemented
2. Weekly status updates
3. Final ANC assessment presentation and report. This will include:
    - a. Overview of routine distribution in DRC
    - b. In depth review of ANC/EPI LLIN distribution
        - i. Overall Strategy:
            1. Specific challenges observed/reported
            2. Lessons learned
            3. Best practices
        - ii. Logistics and Supply Chain Management
            1. Specific challenges observed/reported
            2. Lessons learned
            3. Best practices
        - iii. Reporting and Supervision
            1. Specific challenges observed/reported
            2. Lessons learned
            3. Best practices
    - c. CD LLIN distribution assessment
        - i. Overview of CD options within DRC
        - ii. NetCALC projection of contributions of various existing or potential channels
        - iii. Discussion of operational feasibility of each potential channel
    - d. Recommendations for LLIN distribution strategy based on the assessment
    - e. Appendices
        - i. Documents consulted

ii. Meeting attendance and contact information, locations, etc of health clinics visited and interviews conducted
iii. NetCALC parameters used, with source listed

Tentative schedule:

The table below presented the anticipated maximum level of effort from the consultants and support team as well as a tentative work plan.

Week #	Week	Description	International CD consultant	International Log consultant	National consultant	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
Week 1	21-Apr-14	Assignment preparations	2	1	4							
		International CD consultant travel to DRC	1									
Week 2	28-Apr-14	Field assessment	7		7							
		International log consultant travel to DRC		2								
Week 3	05-May-14	Field assessment	7	7	7							
Week 4	12-May-14	Field assessment	7	7	7							
Week 5	19-May-14	Field assessment and report writing in DRC	4	4	4							
		International CD consultant travel to UK	1									
		International log consultant travel to Guatemala		2								
Week 6	26-May-14	Finalize draft report	3	2	1							
Week 7	02-Jun-14	PMI/NMCP comment on report										
Week 8	09-Jun-14	PMI/NMCP comment on report										
Week 9	16-Jun-14	Final report writing	2	1								
		Total assessment team days	**34**	**26**	**30**							

Technical quality assurance days	3
Management coordination days	10
Project/finance management support days	3

[hatched box] Level of effort spread over several days, ie not full days

Annexe 2 : Liste des documents étudiés

- Enquête Démographique et de Sante (EDS-RDC) 2007
- Rapport annuel du PNLP 2012 - Draft 1
- Normes et directives du PNLP
- Déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013-2015
- Integrated Health Project : Base line survey - May 2011
- Evaluation post-campagne de la possession et de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action dans la province du Sud-Kivu en 2013
- Rapports finaux enquêtes de base des provinces suivantes :
    - Bas-Congo
    - Kasaï Oriental
    - Equateur
    - Bandundu (pré et post campagne)
- Détermination du niveau de quelques indicateurs clés de lutte contre le paludisme sans 73 zones de santé en fin d'intervention du Round 3 du Fond Mondial en République Démocratique du Congo

Annexe 3 : Liste des acteurs consultés

Le tableau ci-dessous résume les parties prenantes et personnes ayant participé à cette évaluation.

Institution/Organisation	Fonction
NIVEAU NATIONAL	
COORDINATION	
PNLP	Directeur et Directeur Adjoint
Programme National de santé scolaire et universitaire (PNSSU)	Directeur
WHO pays	NPO/Malaria
SANRU (Fonds Mondial)	Chef de projet FM Paludisme
UNICEF	Assistante Chef de projet Paludisme
PARSS/BANQUE MONDIALE	Coordonnateur du projet
Programme de santé intégrée(Prosani)/PMI	Coordonnateur du projet, Assistante du Coordonnateur du projet
PSI/PMI Expansion	Chef du projet
ESP-KIN (Ecole de santé publique de Kinshasa)	Professeur /Chef de projet paludisme
LOGISTIQUE	
PNLP	Logisticien
DELIVER/PMI	Directeur pays
SANRU (Fonds Mondial)	
PARSS/BANQUE MONDIALE	Logisticien
UNICEF	
NIVEAU PROVINCIAL: BAS- CONGO	
COORDINATION	
Division provinciale de la santé	Médecin Inspecteur
PNLP	Coordonnateur ai
PNSR	Coordonnatrice
LOGISTIQUE	
BCZS Kimpese	Chargé de la pharmacie
MISE EN ŒUVRE/NIVEAU ZONE DE SANTE	
ZS SEKE BANZA	Médecin Chef de ZS
CSR de Songololo	Médecin Directeur, Infirmier titulaire AS, Chargée de pharmacie
CS de Kisonga	Infirmier titulaire AS, Chargée de la pharmacie
DS des Cataractes (à Mbanza-Ngungu)	Médecin du district
ZS KIMPESE	Administrateur de la ZS, Superviseur Zs, Chargé de la pharmacie, Comptable
CS CBECO	Infirmière titulaire AS, Infirmier titulaire adjoint, Chargée de CPN et CPS, 5 RECO, 1 ménage
CSR de Kimbala	Médecin Chef du CSR, Infirmier titulaire AS, 1 RECO

Annexe 4 : Guides de réunion et d'entretiens

Guide d'entretien: niveau national:

Nom:
Titre:

Entourez la mention correcte:

Travaillez-vous au PEV / a la CPN / Paludisme et MILDA
Niveau opérationnel : National / Provincial / District / Zone de santé
Organisation : ______________________ Partenaire : __________________________________

Rôles et responsabilités dans la distribution de MILDA:

Politique, coordination et gestion du programme:

POLITIQUES ET MANUEL D'INSTRUCTIONS

- Quelles sont les politiques et manuel d'instructions pour la mise en œuvre de votre programme? (calendrier PEV, services CPN, services intégrés, distribution de MILDA, etc)
- Existe-t-il des politiques spécifiques a l'intégration des services et / ou la DC de MILDA ?
- Selon vous, ces politiques sont elles mise en œuvre sur le terrain ? SVP expliquez
- Existe-t'il des pratiques standards pour les services de soins ? Et pour la gestion de l'approvisionnement des MILDA pour la CD?

GESTION DE PROGRAMME

- Qui est responsable de la gestion du programme et de la mise en œuvre à chaque niveau?
- Y a-t 'il des personnes désignées responsables pour l'intégration des services ?
- Comment sont gérés et coordonnés les programmes intégrés à chaque niveau ?
- Y a-t 'il une coordination inter département spécifique entre paludisme, PEV et CPN au niveau national ?
- Quelles sont les cibles du programme et comment sont-elles définies ? Comment sont-elles mesurées ?
- Est-ce que le taux de couverture en ménage est utilisé comme indicateur et comment est-il défini ?
- Quels sont les facteurs contribuant aux succès / faiblesses de ce programme ?

Logistique:

QUANTIFICATION D'APPROVISIONNEMENT ET GESTION DE STOCK

- Quels sont les intrants associés à votre programme ?
- Comment sont quantifiés les besoins en approvisionnement au niveau national, provincial et district ?
- Quel est le système pour la gestion de stock?
- A quelle fréquence sont livrées les nouvelles cargaisons d'intrants dans le pays ? Quelle est la date de la dernière cargaison ?
- Y a 'il une séparation entre les intrants pour la DC et les autres services ?

ACHEMINEMENT

- Comment est conçu le système de distribution des intrants?
- Combien d'étapes y a-t 'il entre le magasin national et les CDS ou points de distribution ?
- Est-ce que les MILDA sont considérées comme un intrant médical ou utilisent-elles un système d'acheminement parallèle ?

SUIVI ET DOCUMENTATION

- Qui documente le niveau de stock à chaque niveau opérationnel?
- Comment sont commandés et livrés les intrants aux structures de santé ?
- Quel est le système de gestion de stock en place ?
- Quels sont les facteurs logistiques qui contribuent au succès / faiblesses de ce programme ?

Mise en œuvre du Programme et ressources humaines:

PROGRAMME

- Pouvez-vous expliquer comment fonctionne le service?
- A quel moment de la CPN / PEV sont distribuées les MILDA ?
- Qui est responsable de chaque service ?
- Qui est en charge de la gestion de l'intégration du service ?
- Y a-t 'il un cout associe à la provision de service ?
- Y a-t 'il un système de motivation pour les performances du personnel ?
- *Spécifique centre de sante* :
    - o distribution dans les postes avancés ?
    - o Les MILDA sont-elles distribuées aux personnes ciblées ?

RESSOURCES HUMAINES

- Quel genre de formation a été donné au personnel de santé?
- Est-ce que la distribution est suivie et documentée ?
- Y a-t 'il de la supervision directe pour le programme ?
- Facteurs de succès / faiblesses du programme ?

Collecte, gestion et utilisation des données:

DONNEES DU PROGRAMME

- Quelles sont les données enregistrées dans les structures de santé?
- Comment ces données sont-elles agrégées ?
- Ou vont les rapports contenant les données ?
- Comment sont utilisées les données à chaque niveau ?
- Quel genre de feedback est renvoyé a chaque niveau ?
- Quelles données autres que la surveillance de routine sont collectées telles que enquêtes pour mesurer la performance du programme ?
- Est-ce que les données de taux de couverture sont utilisées pour la surveillance du programme ? Comment est-il mesure ?

DONNEES LOGISTIQUES

- Quelles données sont recueillies et conservées pour la gestion de stock?
- Comment ces données sont-elles utilisées ?
- Quelle sorte de données de stock et documentation sont complétées à chaque niveau ?
- Quel feedback est renvoyé pour les données logistiques ?
- Existe-t'il des outils pour la quantification des besoins dans le stock ?

- Facteurs de succès / points faibles ?

Autres options pour la distribution continue :

STRATEGIE

- Quelles sont les populations cibles pour la distribution de MILDA ? (équité)
- La MILDA est-elle largement acceptée dans les ménages ? Y a-t-il une forte demande en MILDA ? Et en moustiquaires non imprégnées ?
- Quels critères permettrait de prioriser les activités de distribution en RDC, en tenant compte des distributions existantes ? (accès aux populations, transmission du paludisme, situation précaires liées a l'instabilité politiques, sécurité, etc)
- Quels seraient les forces et faiblesses d'une stratégie décentralisée ? Quel modèle recommanderiez-vous ?

FILIERE ECOLE

- Y a-t-il eu dans le passe une expérience de collaboration entre le PNLP et le secteur de l'éducation ?
- Comment se passe l'implication du secteur de l'éducation dans les programmes de sante publique ?
- Dans quels contextes cette filière serait-elle indiquée ?
- Quelles est le niveau de complétude des données d'inscription d'élèves ?

COMMUNAUTES

- Existe-t'il des groupes communautaires ?
- Comment envisageriez-vous l'approvisionnement en MILDA ?
- Quel est le niveau de reconnaissance de la population envers les volontaires ? Les critères de distribution seraient ils acceptés ?

MARKETING SOCIAL

- Y a-t-il une expérience de partenariat entre le secteur publique et privé en DRC ?
- Quel est le pouvoir d'achat des populations cibles ?
- Comment envisagez-vous l'approvisionnement ?

VENTE AU DETAIL

- Ou peut-on acheter une MILDA en RDC ? (milieu urbain / milieu rural)
- Y a-t-il une forte présence d'un secteur informel ?
- Est-ce que la vente de MILDA est un marché attirant pour le secteur privé ?
- Y aurait-il un autre produit ou méthode de lutte anti vectorielle qui concurrence les MILDA ?
- Quel est la demande en MILDA ?
- Quelles sont les barrières à la vente de MILDA ?

Guide d'entretien: niveau District:

Nom:
Titre:

Entourez la mention correcte:

Travaillez-vous au PEV / a la CPN / Paludisme et MILD
Niveau opérationnel : National / Provincial / District / Zone de santé
Organisation : ______________________ Partenaire : __________________________________

Rôles et responsabilités dans la distribution de MILD:

Mise en œuvre:

- Comment se passe la distribution de MILD dans cette structure de soins ? A quel moment de la CPN / PEV sont distribuées les MILD ?
- Qui est responsable de chaque service ?
- Qui est en charge de la gestion de l'intégration du service ?
- Y a-t 'il un cout associé à la provision de service ?
- Y a-t 'il un système de motivation pour les performances du personnel ?
- Possédez-vous un manuel d'instruction pour la distribution de MILDA? Est-il visible ?
- Est-ce que vous distribuez des MILD en poste avancé ?
- Quel genre de formation a été donné au personnel de santé pour la distribution de MILDA? Quel est la catégorie des personnes formées ?

Logistiques et approvisionnement:

QUANTIFICATION D'APPROVISIONNEMENT ET GESTION DE STOCK

- Qui est responsable de la commande de MILD ? Qui sont les personnes impliquées à la quantification ? Comment sont quantifiés les besoins d'approvisionnement ?
- A quelle fréquence sont livrées les MILD? Quelle est la date de la dernière livraison ?
- Peut-on voir le stock ?

SUIVI ET DOCUMENTATION

- Qui documente le niveau de stock? Pouvons-nous voir les fiches de stock ?
- Comment sont commandés et livrés les intrants aux structures de santé ?
- Quel est le système de gestion de stock en place ?
- Comment les MILD sont-elles acheminées ?

- Avez-vous été confronté à un incident quelconque comme un vol de MILD ?un incendie ? un envol de la toiture par une tempête ?une inondation ?

Documentation et analyse des données:

- Quelles sont les types de données enregistrées dans les structures de santé? Peut-on observer ?
- Ou vont les rapports contenant les données ?
- Quel genre de feedback est renvoyé par le niveau supérieur ?
- Quels sont les principaux problèmes avec la gestion des données ? récolte ?, analyse ? transmission ?utilisation ?

Suivi et supervision:

- Recevez-vous des visites de supervision de façon régulière ? Quand était la dernière visite ?
- Y a-t-il une documentation de ces visites ?
- Est-ce que le superviseur a vérifié la distribution de MILD ?
- A-t-il observe le stock et les données du registre ?
- Faites-vous des supervisions sur la MILD ?Y en a-t-il des documentations

Formation et réorientation :

- Y a-t-il un membre du personnel de la structure/la formation sanitaire ayant suivi une formation relative à la distribution de MILD ? Si oui, quand ? Quel était la catégorie de cette personne ?
- Estimez-vous que le personnel soit suffisamment formé ? Quelles sont les aspects nécessitant plus d'appui ?

Communication pour le changement du comportement (CCC):

- Avez-vous du matériel de CCC ?
- Quels sont les messages communiqués aux bénéficiaires lors de la distribution ?
- Pensez-vous que les bénéficiaires utilisent leur MILD ?

Autres options pour la distribution continue :

- Quelles sont les types de distribution de routine pratiquées dans votre district sanitaire ?
- Pensez-vous que la distribution de routine doit être maintenue ? si oui pourquoi et sinon pourquoi ?
- Quelle pourrait être une autre option pour la distribution de MILD?

STRATEGIE

- Quelles sont les populations cibles pour la distribution de MILD ? (équité)
- La MILD est-elle largement acceptée dans les ménages ? Y a-t-il une forte demande en MILD ? Et en moustiquaires non imprégnées ?
- Quels critères permettraient de prioriser les activités de distribution en RDC, en tenant compte des distributions existantes ? (accès aux populations, transmission du paludisme, situation précaires liées à l'instabilité politiques, sécurité, pauvreté, etc)
- Quels seraient les forces et faiblesses d'une stratégie décentralisée ? Quel modèle recommanderiez-vous ?

FILIERE ECOLE

- Y a-t-il eu dans le passe une expérience de collaboration entre le PNLP et le secteur de l'éducation ?

- Comment se passe l'implication du secteur de l'éducation dans les programmes de sante publique ?
- Dans quels contextes cette filière serait-elle indiquée ?
- Quel est le niveau de complétude des données d'inscription d'élèves ?

COMMUNAUTES
- Existe-t-il des groupes communautaires ?
- Comment envisageriez-vous l'approvisionnement en MILD ?
- Quel est le niveau de reconnaissance de la population envers les volontaires (relais communautaires?
- Les critères de distribution des MLD sont- ils acceptés ?

MARKETING SOCIAL
- Y a-t-il une expérience de partenariat entre le secteur public et privé en DRC ?
- Quel est le pouvoir d'achat des populations cibles ?
- Comment envisagez-vous l'approvisionnement ?

VENTE AU DETAIL
- Ou peut-on acheter une MILD en RDC ? (milieu urbain / milieu rural)
- Y a-t-il une forte présence d'un secteur informel ?
- Est-ce que la vente de MILD est un marché attirant pour le secteur privé ?
- Y aurait-il un autre produit ou méthode de lutte anti vectorielle qui concurrence les MILD ?le (s) quel (s)
- Quel est la demande en MILD ?
- Quelles sont les barrières à la vente de MILD?

Annexe 5 : Calendrier des activités

	April						May-14																					
Activity	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Initial stakeholder meeting																												
Initial briefing avec l'USAID			X																									
Finalisation methodologie			X	X																								
Restitution au PNLP																									X			
Restitution avec l'USAID/PMI																								X				
CZ travel in/out DRC		X																									X	
AD travel in/out DRC																											X	
Interviews national level																												
Entretiens avec le PNLP: Logistique et Suivi et Evaluation																	X											
Programme National de sante scolaire et universitaire				X																								
Programme de sante integre (PMI)					X																							
Deliver							X																					
Dir Progr des medicaments essentiels																												
SANRU / Fond Mondial							X																					
OMS							X																					
Projet d'appui a la rehabilitation du secteur de la sante (PARSS/World Bank)										X																		
UNICEF										X																		
PN sante reproductive																						Report writing						
PRONANU																												
Partenaires logistiques																								X				
PMI expansion project																									X			
Kinshasa province																												
Interview province et equipe cadre de district																												
Visite zone 1																												
Visite zone 2																												
Bas-Congo province																												
Voyage Kinshasa - Province											X																	
Interview niveau provincial: PNLP, PRONANUT												X																
ZDS Nsona Mpangu												X																
ZDS Kimpese													X															
ZDS Kisantu (BCZ uniquement)														X														
Voyage Province - Kinshasa														X														
Katanga province																												
Voyage Kinshasa - Province																		X										
Interview niveau provincial (PNLP, PEV, PNSR)																			X									
CDR Camelu																			X									
ZDS de Kempemba (BCZ uniquement)																				X								
ZDS de Kapolowe (World Vision, BCZ, …)																				X	X							

Annex 6 : Questions-Réponses

1. Dégager clairement les hypothèses de travail
    a. Ceux-ci sont inclus dans les objectifs de l'évaluation à la page 14.
2. Bien expliquer l'échantillonnage dans la méthodologie
    a. Ceci est fait dans la section « Sélection des provinces visités à la page 16.
3. Bien expliquer les hypothèses de durabilité 3 et 1.5ans ? quelles sont les bases factuelles
    a. J'ai ajouté l'explication du choix de ces deux options à la page 31 ; nous l'avions mise seulement dans le résumé mais pas dans le rapport en lui-même ; c'est chose faite maintenant. Nous ne voulons pas tirer les conclusions sur les causes potentielles d'une durée de vie plus courte sans une étude de monitoring rigoureuse.
4. Clarifier le concept de durabilité : rémanence de l'insecticide et/ou intégrité physique
    a. J'ai ajouté une clarification à la page 31.
5. Réajuster le titre : RDC ou 4 provinces ou Bas-Congo ou Bas-Congo et Katanga
    a. Le titre nous paraît adéquat en ce sens que le rapport discute le contexte au niveau national et se base une étude de cas de deux provinces. Le fait que les données nécessaires ne soient pas disponibles pour le Katanga est en soi une information intéressant et fait partie de l'étude de cas. De plus, nous ne pensons pas que le titre doive se limiter à la distribution de routine ou opportunités supplémentaires pour la distribution de routine (comme suggéré dans le commentaire en 1ere page du rapport) vu que le rapport offre une discussion préliminaire sur tous les canaux de distribution, leur combinaison et l'impact sur la couverture.
6. Enrichir la discussion/analyses en tenant compte des résultats du récent de l'EDS 2013-2014, ainsi les données obtenues dans d'autres pays africains ayant fait des études similaires en rapport avec la durabilité
    a. Ces résultats n'étaient pas disponible au moment de la visite et l'écriture du rapport – nous n'avons pas la possibilité de faire de plus amples analyses du à la fermeture du projet Networks.
7. Les résultats de la composante logistique ne ressortent pas clairement dans la présentation c'est comme si l'étude ne s'est révélée qu'à faire des projections.
    a. Le consultant logistique a été retardé à cause de problèmes de visa, et n'a pas pu recueillir tous les informations nécessaires pour faire une analyse plus approfondie. Avec le temps qui restait nous avons fait de notre mieux pour produire une analyse logistique aussi utile que possible.
8. La question de l'estimation des couts devraient éclairer le choix des alternatives avant que le pays ne s'engage sur une option et mobilise des ressources
    a. Nous n'avons pas collecté des données sur les coûts des différents canaux de distribution, car les partenaires ne les ont pas partagés. Nous parlons dans le

Commented [JT1]: ok

Commented [JT2]: Nous pensions que la méthodologie devait reprendre le choix initial de trois provinces sur la base des trois épidémiologiques pays : équatorial, tropical et montagnard et qu'en tenant compte de l'accessibilité, uniquement deux provinces ont été retenues.

Commented [JT3]: L'équipe a pensé que les observations faites à Kilela Balanda/Katanga pouvaient être plus détaillées pour expliquer une durée de vie de 1.5 ans. Par exemple: la proximité de l'espace de couchage partagé dans certains cas avec la cuisine dont le feu de cuisson peut détruire la MILD rapidement, ou le couchage en dehors des ménages lors des activités champêtres intensives ou les paysans doivent passer la majeure partie de leur temps au champ entrainant des destructions mécaniques rapides.

Commented [JT4]: ok

Commented [JT5]: ok

Commented [JT6]: L'équipe pays pense que les résultats de l'EDS étant disponibles, il est plus indiqué de les utiliser comme meilleurs intrants pour le paramétrage de la modélisation.

Commented [JT7]: L'équipe pense que ceci est une opportunité manquée car le consultant aurait pu rattraper le retard en continuant à collecter les informations à distance car PMI et FM pouvaient les transmettre également

Commented [JT8]: Il fallait peut-être présenter cela comme les limites de votre travail. Bien que nous ne soyons pas totalement satisfaits de la réponse à la question, les prochaines étapes dont le pilotage d'une ou plusieurs options dans le Katanga pourrait inclure cet aspect.

rapport en termes généraux de coût-bénéfice et de coût-efficacité car il a été démontré dans l'article de Koenker et al 2013 (Tanzanie) que les campagnes successives distribuent un excès de MILD au long terme ; en comparaison aux canaux qui distribuent un nombre plus ciblé des MILD nécessaires. Le projet MVC examinera plus en profondeur les aspects de coûts des pilotes de la distribution continue au Ghana afin de développer des analyses sur base de données réelles, mais ces rapports ne sont pas encore disponibles.

9. Dégager les proportions des cibles pour chaque option ainsi que les couts estimatifs
   a. Ceci n'est pas possible ; voir 8a.
10. Clarifier les recommandations en rapport avec la combinaison ou non des approches de distribution continue proposées
    a. J'ai ajouté un commentaire sur la page 46 sur les combinaisons.
11. Quelle est la recommandation pour les populations éloignées par rapport à la composante distribution communautaire ?
    a. Si le RDC est intéressée à explorer la possibilité d'un système de distribution communautaire, une étude de faisabilité détaillée devrait être faite, incluant des recommandations pour les populations éloignées.
12. Par rapport aux graphiques de modélisation, il serait préférable de produire séparément :
    a. le graphique campagne de masse + école,
    b. campagne + école + marketing
    c. avant d'avoir un graphique combiné
    d. Nous ne recommandons pas de combiner les campagnes avec les distributions dans les écoles, car les deux servent les mêmes populations cibles et peuvent tous les deux atteindre un grand nombre de personnes. Ceci mène à une sur-distribution qui n'est pas une bonne utilisation des ressources.
13. Si l'on devait faire la combinaison des approches de distribution continue, comment minimiser les risques de doublon
    a. Pour minimiser les risques de doublon, la première étape est d'utiliser les canaux avec différentes cibles ; par exemple, CPN, CPS, et les écoles ; ou, CPN, CPS et une distribution communautaire. Un canal marketing social ne présente pas beaucoup de risque de doublon car il se limite au niveau du coût (ceux qui n'ont pas besoin de MILD additionnel ne vont pas les acheter, normalement).
14. Quelles sont les risques dans le marketing social pour respecter les standards de spécification du pays lorsqu'on sait que le pays n'est pas bien contrôle
    a. Dans les projets de marketing social classiques, les spécifications des produits sont faciles à contrôler vu qu'en général un bailleur de fond fournit des subsides à un partenaire pour vendre des produits bien spécifiques (et souvent labélisés) suivant un processus défini et approuvé par les deux parties. Dans les cas d'interventions indirectes en support au marché, les spécifications de produits ne peuvent pas être contrôlées de le même façon, mais de nouveau, comme il est

Commented [JT9]: Vraiment désolant, prière se référé

Commented [JT10]: Réponse pas tout a fait convaincante

Commented [JT11]: La recommandation était de faire une modélisation étagée, et non de combiner toutes les options à la fois.
Par ex.
Option 1 seule…
Option 1 + option 2
Option 1 + option 2 + option 3

possible de soutenir ces interventions via des accords public-privé, impliquant des acteurs privés de renom, il est possible d'inclure dans ces accords certaines clauses en relation aux spécifications des produits. Nous suggérons également de demander à DELIVER ou à PSI qui ont plus d'expérience dans ce sujet.

15. Peut-on élargir les cibles de la distribution de routine dans les formations sanitaires ? pour atteindre un peu plus de 8%, le pays a une expérience bien que limitée à de petits territoires 2-3 MILD/CPN.
    a. L'avantage des cibles dans formations sanitaires sont que les femmes enceintes sont facilement identifiées et servies, de même que pour les enfants. Il est possible de distribuer 2-3 MILD/CPN pour augmenter les taux de couverture au sein d'un seul ménage, mais cela risque fortement de sur-approvisionner un pourcentage de ménages. L'autre possibilité est de distribuer les MILD à ceux qui ont un TDR+ pour le palu pour atteindre ceux qui sont à risque, mais cela est plus difficile à quantifier en avance par formation. Il est possible de servir un autre groupe cible plus âgé, par exemple les adolescents, les hommes, etc, mais il est rare de voir ceux-ci sauf quand ils sont malades, et donc ce canal est vraiment limité. Le Sénégal a préféré situer les MILD subventionnées au niveau des formations sanitaires pour que chaque personne qui en a besoin puisse en acheter pour 500cfa. Cela attire les gens vers la formation sanitaire mais ne nécessite pas qu'ils fassent partie d'un groupe cible.
16. Avons-nous des explications sur les faibles taux de couverture 3 ans après la distribution de masse ? perte de 30% y-a-t-il des informations sur des fuites éventuelles vers les pays voisins ? Angola par ex. avec Bas-Congo
    a. Nous n'avons pas d'informations sur les fuites.
17. Quelle est la base de la couverture scolaire à 35% ?
    a. A la page 33, nous faisons référence à 73.2% des enfants de 6 à 11 ans scolarisés et nous avons inclus la source de ces données.
18. Capitaliser dans la partie discussion les expériences pays notamment avec le marketing social des moustiquaires
    a. Nous n'avons malheureusement plus les ressources nécessaires pour étendre la partie de la discussion qui se porte sur le marketing social de moustiquaires.
19. Prière de communiquer des orientations précises sur la mise en œuvre des alternatives si le pays devrait un choix de piloter certaines
    a. Fournir des orientations sur la mise en œuvre ne faisait pas partie de notre TDR. Une fois choisi, le projet MVC pourra vous guider vers les ressources pour la planification et la mise en œuvre. Pour le moment il existe les exemplaires, guides, et d'autres ressources sur les options de distribution continue a travers RBM (http://www.rbm.who.int/mechanisms/vcwgWorkstream3.html, cliquer sur « Reference Documents) » en français, et quelques exemplaires du Sénégal (https://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/training-materials)

Commented [JT12]: ok

Commented [JT13]: ok

Commented [JT14]: Réponse pas claire entre les 35% et les 73.2% et ceci se retrouve à la page 34 et non 33.

Commented [JT15]: Nous pensons que les consultants ayant rencontré PSI qui a exploré le marketing social de la MILD dans le passé en RDC, ils auraient eu assez d'information pour étoffer cette rubrique

Commented [JT16]: L'équipe pense que compte tenu de l'expertise et des termes de référence, cette réponse est insatisfaisante et ne devrait nous renvoyer à la lecture sur internet alors que le projet semble avoir l'expertise avérée pour donner des orientations/options acceptables.

et Madagascar (https://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/materials-continuous-distribution-pilot)

20. L'absence d'une analyse du cout pour apprécier la plus-value de la distribution actuelle limite un peu l'analyse
    a. Les consultants ont recueilli autant d'informations que possible sur place, mais les détails des coûts n'étaient pas disponible comme on l'avait espéré. Une étude plus détaillée de faisabilité des canaux de distribution de routine pourra fournir une analyse plus approfondie des coûts. Il sera important pour ce faire que tous les partenaires concernés s'engagent à partager les informations financières et autres pertinentes à une telle étude.

Commented [JT17]: Notre compréhension des termes de référence et de la portée du travail semblait inclure cet aspect comme indicateur de qualité de l'évaluation